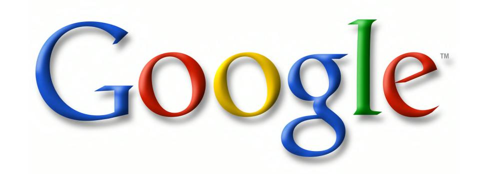


Zentralblatt

für

CHIRURGIE

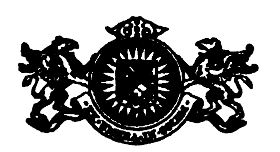
herausgegeben

von

K. GARRÈ F. KÖNIG E. RICHTER

in Bonn in Berlin in Breslau

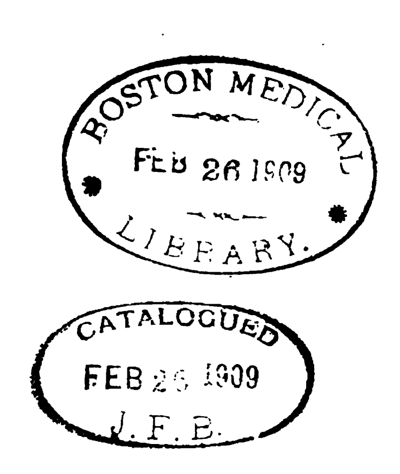
Fünfunddreißigster Jahrgang



LEIPZIG

Verlag von Johann Ambrosius Barth

1908



Originalmitteilungen.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 35, welche den Bericht über den XXXVII. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 35, welche den Bericht über den XXXVII. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.



Nr. 1. Sonnabend, den 4. Januar 1908.

Inhalt.

I.

Die Heißluftbehandlung nach Bauchoperationen.

Von

Stabsarzt Dr. Gelinsky in Posen.

Zur Bekämpfung der nach operativen Eingriffen in der Bauchhöhle eintretenden Darmlähmungen hat man in dem Physostigmin ein hervorragendes und anerkanntes Mittel gefunden. Die große Giftwirkung dieses Präparates verbietet jedoch seine Anwendung bei jugendlichen Personen, und auch bei Erwachsenen kann es nur eine gewisse Zeitlang ohne Nachteile angewandt werden.

In der Wärme besitzen wir aber ein altbekanntes Mittel, die Darmtätigkeit anzuregen (warme Umschläge usw.), und in seiner vollkommensten Anwendungsweise, der Bier'schen Heißluftbehandlung, finden wir diese Eigenschaft mit einigen anderen verbunden,

das ist ihre aufsaugende und die Bildung von Verklebungen verhindernde Wirkung.

Seit einem Jahre wende ich bei Bauchoperationen systematisch die Heißluftheizung nach Bier als Nachbehandlung an, und der klinische Verlauf wie das subjektive Befinden der Kranken ist unter dieser Behandlung ein auffallend günstiger.

Die Operierten wurden vom Tage der Operation an in den bekannten Heißluftkästen ca. 1—2mal, selten häufiger, täglich einer trockenen Wärme von 120—150° C 20 Minuten lang ausgesetzt. Es erfolgte stets danach ein reichlicher Abgang von Winden; die Pat. fühlten sich nach dem Heizen subjektiv stets sehr wohl.

Bei 13 aseptischen Laparotomien genügte die einmalige Anwendung des Heißluftkasten, um die Peristaltik in Gang zu bringen, so daß Erscheinungen einer gestörten Darmtätigkeit, wie man sie doch so häufig in den ersten 24 Stunden auch nach einfachen Probelaparotomien sieht, nicht auftraten. Auch bei einem Falle von Dickdarmresektion der S-förmigen Flexur (End-zu-Endvereinigung) erfolgten am 1. Tage Winde, vom 2. Tage ab geformter Stuhlgang. Bei 11 Fällen infektiöser Erkrankung des Bauchraumes nach Appendicitis perforativa gangraenosa wurde ein postoperativer Ileus nicht gesehen. Der Wurmfortsatz wurde stets ohne Rücksicht auf Verklebungen aufgesucht und entfernt. 10 Fälle heilten. Nur bei zwei Fällen trat eine Peritonitis chronica adhaesiva auf, welche unter anhaltend hohem Fieber den ganzen Unterbauch bis zum Nabel in einen festen harten Tumor verwandelte. Nach 3 resp. 6 Wochen täglicher 2—4maliger Heißluftbehandlung waren die Pat. subjektiv und, soweit nachweisbar, auch objektiv völlig wieder hergestellt. Ein Mann mit freier Peritonitis, der mit schlechtem, unregelmäßigem Puls eingeliefert wurde, starb 48 Stunden nach der Operation. Auch bei ihm war reichlicher Windabgang nach dem Heizen eingetreten. Der Tod erfolgte 2 Stunden nach einer plötzlichen Blutdruckerniedrigung, die auch durch intravenöse Adrenalin-Kochsalzinfusionen nicht mehr zu heben war. In zwei Fällen wurde neben der Heißluftbehandlung je 1mal Physostigmin 0,001 gegeben; abgesehen davon, daß die Physostigminwirkung eine stürmischere war, ließ sich ein Unterschied nicht feststellen.

Auffallend war die Beobachtung, daß in vier Fällen von Infektion der freien Bauchhöhle (2mal Miteröffnen der Bauchhöhle durch Spaltung eines außerhalb des Bauchraumes gelegenen Abszesses, einem Darmprolaps [8 Stunden alt], Kotaustritt in die Bauchhöhle bei Dickdarmresektion) nach Kochsalzspülung und Heißluftbehandlung die geschädigte Bauchhöhle nicht die geringste Reaktion zeigte (Temperatur, Puls, Peristaltik, subjektives Befinden ungestört), sondern daß die Heilung einen völlig normalen Verlauf nahm, so daß die Annahme sich aufdrängt, daß die infektionsvernichtende Kraft des Bauchfells durch die Heißlufthyperämie unterstützt und erhöht werden kann und damit die Heißluftbehandlung geringere Infektionen unschädlich zu machen imstande ist.

Die resorbierende Wirkung der Heißluftbehandlung, wie sie schon lange, besonders von Gynäkologen, angewandt wird, trat in vier Fällen von adhäsiver Peritonitis mit Exsudatbildung prompt ein.

Ein vollkommen arbeitsunfähiger Mann mit doppelseitiger tuberkulöser Pleuritis und starkem Ascites, durch Inzision entleert, wurde unter täglicher Heißluftbehandlung in 2 Monaten so weit hergestellt, daß das Fieber und die Ergüsse schwanden, und er bequem sämtliche, auch schwere Hausarbeiten wieder verrichten kann; die Besserung hält jetzt schon 5 Monate an. Ob die schnelle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch die Heißluftbehandlung günstiger beeinflußt ist, möchte ich dahingestellt sein lassen, da ich nur über diese eine Beobachtung verfüge.

Ich bin mir sehr wohl bewußt, daß meine Zahlen mir nicht weitgehende Schlüsse zu ziehen erlauben, trotzdem fühle ich mich veranlaßt, durch den auffällig leichten und guten Verlauf schwerer Bauchinfektionen durch die Heißluftbehandlung, auf die peristaltische, resorbierende und vielleicht auch infektionsverhütende Wirkung der Heißlufthyperämie hinzuweisen.

An anderer Stelle werden die Beobachtungen mit den in Betracht kommenden Krankengeschichten ausführlicher mitgeteilt werden.

II.

Die Transplantation betreffend.

Von

Prof. Lanz in Amsterdam.

Schon zu meiner Assistentenzeit hat es mich stets verdrossen, daß jeweilen der durch die Transplantation nach Thiersch gedeckte Hautdefekt längst geheilt ist, wenn die Pat. immer noch mit der wunden Stelle herumlaufen, welcher die transplantierten Läppchen entnommen worden sind.

Diesem Übelstande habe ich auf die verschiedenste Weise zu begegnen gesucht: so habe ich 1892 und 1893 begonnen, auf die nach Thiersch rasierten Wundflächen frische Bruchsäcke aufzupflanzen; des ferneren strebte ich eine raschere Heilung unter dem trockenen Schorf an, indem ich die Wunde unverbunden an der Luft eintrocknen ließ, oder mit dem à distance gehaltenen Thermokauter schwach verschorfte. Bei Anlaß einer wegen Prostatahypertrophie ausgeführten Kastration habe ich später gelegentlich mit dem Rasiermesser möglichst dünne Schnitte aus dem Hoden gemacht und untersucht, ob durch deren Verpflanzung auf den zu deckenden Hautdefekt eine Metaplasie des Drüsenepithels in Oberflächenepithel zu erreichen sei.

Alle diese Versuche aber haben zu keinem praktischen Resultate geführt.

[illegible] Zieharmonika [illegible] und ich gab [illegible] Fig. 1 [illegible] Produkt [illegible] Fig. 2 [illegible] und Fig. 3 [illegible]. Es wird nun ein [illegible] scher [illegible] mit dem [illegible] die eine Hälfte des Hautstreifens

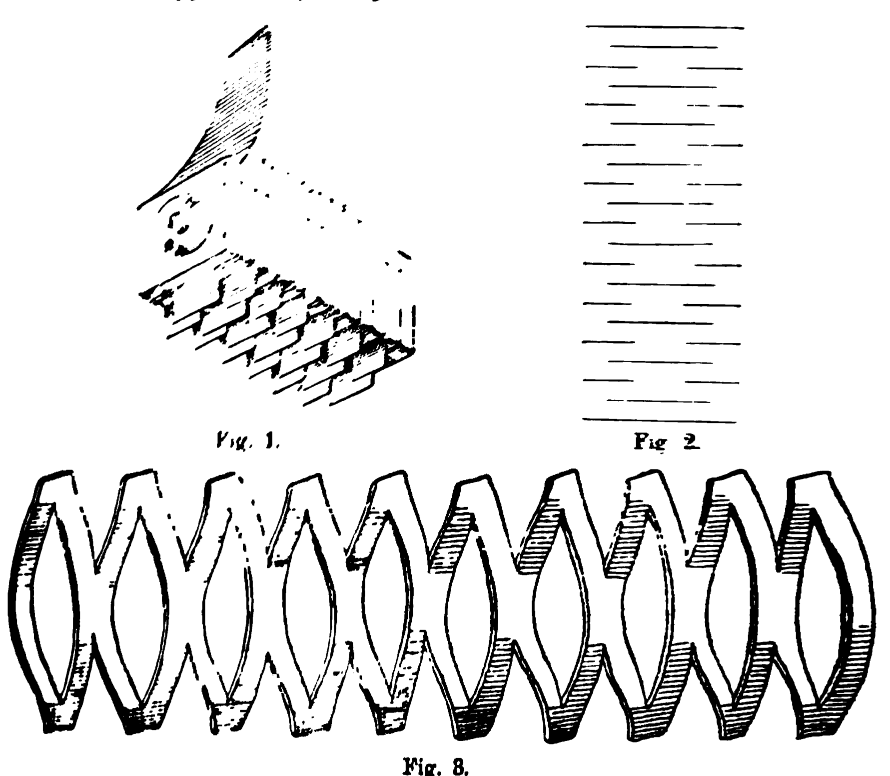


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 3.

zur Ziehharmonika ausgezogen — wird transplantiert, und die andere Hälfte ebenfalls ausgezogen und »autochthon« gebraucht —, genügt zur Deckung des gesetzten Defekts. Die Konstruktion des Stempels ist so gewählt, daß es ein Leichtes ist, den Abstand der Messer durch Einschalten von entsprechenden Zwischenstücken zu verringern oder zu vergrößern.

Dieser Stempel, der es, wie gesagt, ermöglicht, mit den entnommenen Hautstreifen sowohl die zu transplantierende Fläche als auch die Abrasionsstelle in einem Akte gleich wieder zu decken, kann auch in solchen Fällen nützliche Dienste leisten, wo entweder sehr ausgedehnte Wundflächen zu überhäuten sind, oder wenig Haut zur Verfügung steht.

1) **J. R. Waller.** German-english medical dictionary. 4. Aufl. 448 S. Herausgegeben von M. White.

Wien, **Franz Deuticke,** 1907.

Die neue Auflage dieses deutsch-englischen medizinischen Wörterbuches ist durch Aufnahme der technischen Ausdrücke vermehrt, die seit Beendigung der 3. Auflage in dem Gebiete der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften Aufnahme gefunden haben, und kann auf Grund seiner Vollständigkeit auf das beste empfohlen werden.

Richter (Breslau).

---

2) **P. v. Baumgarten** und **F. Tangl.** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. 19. Jahrgang 1903. 20. Jahrgang 1904.

Leipzig, **S. Hirzel,** 1905.

Die im Vorwort des 19. Berichtes ausgesprochene Erwartung, daß der nächste Bericht eine Verringerung des Umfanges gegenüber seinem Vorgänger erfahren würde, hat sich erfüllt, und zwar wesentlich durch die vorausgesehene Abkürzung des Referates über die Protozoenliteratur. Statt 15 Druckbogen im vorigen nimmt dieses Referat im jetzigen Berichte nur noch 10 Druckbogen ein. Eine weitere Verbesserung besteht darin, daß die bloße Titelanführung solcher Arbeiten in dem Literaturverzeichnis in Wegfall gekommen ist, die die Reff. nicht im Original einsehen konnten. Es ist hierdurch ganz sicherlich eine innerliche Vervollkommnung herbeigeführt worden unter Verzicht auf ein mehr äußerliches Beiwerk, das wertlos erscheinen muß, wenn es nicht auf seine Richtigkeit kontrolliert werden kann. Trotz dieser Beschränkung weist das Literaturverzeichnis noch 3337 Nummern auf gegen 3314 im Vorjahre, wenn auch die Seitenanzahl des Bandes von 1364 auf 1120 zurückgegangen ist. Gewiß ein weiterer Beweis für den gewissenhaften Fleiß von Herausgebern und Referenten.

Eine andere Vervollkommnung ist dem vorliegenden Berichte dadurch zu Teil geworden, daß die französische und englische Bakterienliteratur wieder möglichst vollständig vonseiten bewährter Fachmänner referiert ist. Dementsprechend ist der Stab der Mitarbeiter von 47 im Vorjahr auf 52 gestiegen.

Der 20. Bericht lehnt sich hinsichtlich der Form der Berichterstattung fast ganz an seinen Vorgänger an. Nur ist das Referat über Protozoenliteratur — nach wie vor in der Hand seines bewährten Berichterstatters Lühe (Königsberg i. Pr.) — seines aktuellen Interesses halber an die Spitze des Berichtes gestellt worden. Auch der Bestand der Mitarbeiter ist größtenteils derselbe geblieben, wenn er sich auch um weitere acht auf die nunmehrige Zahl von 60 Herren vermehrt hat.

Es ist den Herausgebern geglückt, den in Aussicht gestellten Erscheinungstermin einzuhalten. Die Spanne eines Jahres wird wohl immer je zwischen zwei aufeinanderfolgenden Berichten verstreichen müssen. Auch andere deutsche Jahresberichte von gleichem Umfange

wie der vorliegende, können sich nicht eines früheren Erscheinens erfreuen. Jahresberichte haben ja auch gar nicht die Aufgabe und den Zweck, möglichst rasch über die literarischen Produktionen zu referieren. Das ist Sache der Zentralblätter und der Wochenschriften. Jahresberichte sollen möglichst vollständige, wohlgeordnete Sammlungen von zuverlässigen Referaten über die einschlägige Literatur verflossener Jahre und Jahrzehnte sein, wobei es naturgemäß weniger auf rasche als auf vollständige Fortführung der Sammlung ankommt.

Diesem Gedankengang der beiden verdienten Herausgeber wird man rückhaltlos beistimmen können, um so mehr als sie versprechen, trotzdem ein möglichst rasches Erscheinen der Berichte nach wie vor anzustreben.

Auch diesmal ist die Zahl der referierten Arbeiten (von 3337 auf 3469) gestiegen. **Hübener** (Liegnitz).

3) Kausch. Beiträge zur Hysterie in der Chirurgie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.)

Die Chirurgie vermag wichtige Beiträge zur Kenntnis der Hysterie zu liefern, da viele Fälle ihre Aufklärung nur durch Autopsie in vivo finden; es ist das eine wesentliche Ergänzung der pathologischen Anatomie, die im allgemeinen nur Fälle aufklärt, in denen Hysterie fälschlich angenommen wurde, während in Wirklichkeit schwere organische Veränderungen vorlagen. Da zusammenfassende Arbeiten über die Bedeutung der Hysterie für den Chirurgen bisher vollständig fehlen, so ist K.'s Aufsatz mit Dank zu begrüßen. Er beschränkt sich auf die viszerale Hysterie und führt unter Einsträuung eigener Beobachtungen in erschöpfender Weise alles in der Literatur Niedergelegte auf, unter Beigabe eines außerordentlich reichhaltigen Literaturverzeichnisses.

Bei der Gehirnhysterie wird der hysterische Kopfschmerz, die Vortäuschung eines Hirnabszesses, einer Hirngeschwulst, einer Meningitis, Jackson'scher Epilepsie besprochen. Es folgen die häufigen hysterischen Otalgien, das Heer von Rückenmarksaffektionen, die durch Hysterie vorgetäuscht werden können.

Von Affektionen der Atmungsorgane werden die Reflexneurosen der Nase, Kehlkopfkrämpfe, der Singultus hystericus, die hysterische Hämoptoe besprochen.

Besonders ausführlich wird die Hysterie der Bauchorgane behandelt: Pharyngismus, Cardiospasmus, Cardialgien; das Vorkommen hysterischen Magenblutens hält K. für noch nicht erwiesen. Es werden sodann erörtert: das hysterische Erbrechen, der Meteorismus hystericus, die Pseudoappendicitis hysterica, die oft genug zu Operationen geführt hat, Durchfälle, Atonie des Darmes, welche zu Kotgeschwülsten führt. Von der größten Bedeutung für den Chirurgen ist die Frage des hysterischen Ileus. Da in vielen Fällen direkte Täuschung des Koterbrechens durch per os eingeführte Scybala nachgewiesen ist, so wird man sich äußerst reserviert verhalten müssen.

Die Differentialdiagnose gegenüber dem organischen Ileus kann äußerst schwierig sein.

Es folgt die Besprechung der hysterischen Leberkolik, der Nierenkolik, der Poly- und Anurie, der Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen der Harnblase, des Zusammenhanges der Splanchnoptose und gynäkologischer Affektionen mit der Hysterie. **Haeckel** (Stettin).

---

4) **S. Mercadé** et **H. Lemaire.** Pathogénie de l'épanchement traumatique de sérosité.

(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 5.)

Für das Zustandekommen seröser Ergüsse nach Traumen hatte man vier Theorien aufgestellt, wonach sie entweder Transsudationen der Blutgefäße, Rupturen der Lymphwege, einer exsudativen Tätigkeit des Bindegewebes oder endlich einem Entzündungsreiz ihre Entstehung verdankten. Auf Grund cytologischer Untersuchungen, die einen vorwiegenden Gehalt an Lymphocyten, Mastzellen und Makrophagen feststellten, glauben Verff. drei der vorher angegebenen Quellen ausschalten und den Lymphgefäßen allein die Produktion der traumatischen serösen Ergüsse zugestehen zu sollen. **Christel** (Metz).

---

5) **Hecht.** Die Daktyloskopie als klinische Untersuchungsmethode.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Die Daktyloskopie, die Untersuchung des feineren Reliefs an der Haut der Hohlhand und der Beugeseiten des Fingers mit Hilfe von Abdrücken, ist bisher nur in der Anthropologie und Kriminalistik verwendet worden. H. zeigt, daß sie auch in der klinischen Medizin als Untersuchungsmethode brauchbar ist und die Analyse abnormer Wachstumsverhältnisse verfeinern kann. Er gibt sechs Beispiele mit Abbildungen der Handabdrücke. Bei gehemmtem Wachstum (zerebrale Kinderlähmung, rachitischer Zwergwuchs) stehen die Epidermisleisten dichter als normal, bei gesteigertem Wachstum (Akromegalie, Trommelschlägelfinger) weiter, als der Norm entspricht.

Haeckel (Stettin).

---

6) **B. Krönig** und **J. Gauss.** Anatomische und physiologische Beobachtungen bei dem ersten Tausend Rückenmarksanästhesien. (Aus der Univ.-Frauenklinik Freiburg i. Br.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 40 u. 41.)

Bereits vor mehr als $^1/_2$ Jahr hatte Arthur E. Barker auf Grund von im September 1906 abgeschlossenen Versuchen und praktischen Erfahrungen (Brit. med. journ. 1907, März 23) darauf aufmerksam gemacht, daß das Ausbreitungsgebiet der bei der Lumbalanästhesie in den Subarachnoidealraum eingespritzten anästhesierenden

Lösung auch von der Schwere derselben abhängig sei, sich nach dem Verhältnis ihres spezifischen Gewichtes zu dem der Spinalflüssigkeit richte. Von diesen Experimenten, auf deren praktische Bedeutung Barker hingewiesen, haben die Verff. vorliegender Studie augenscheinlich keine Kenntnis gehabt, da sie eine Reihe ähnlicher Versuche ausgeführt haben und mit ihren gleichartigen Ergebnissen in der Abhandlung mitteilen, ohne auch nur mit einem Worte Barker's Abhandlung zu erwähnen. Ihre Schlußfolgerungen lauten: Bei der Lumbalanästhesie ist die Anwendung einer die Schwankungen des Liquors im Subarachnoidealraum anzeigenden Steigröhre vor und während der Injektion notwendig. Für die Wirkung der anästhesierenden Flüssigkeit spielt ihr spezifisches Gewicht und die Temperatur, bei welcher sie eingespritzt wird, eine wesentliche Rolle. Die Anästhesierung höher gelegener Rückenmarkssegmente darf nicht durch steile Beckenhochlagerung erzielt werden, sondern ist durch richtige Wahl entsprechend dichter anästhesierender Lösungen anzustreben. Steile Beckenhochlagerung ist auch noch längere Zeit ($^1/_2$—1 Stunde) nach der Injektion gefährlich wegen der Möglichkeit des Emporgelangens des Anästhetikums nach der Medulla oblongata. Von einer anästhesierenden Lösung, die in Rückenmarkssegmenten wirken soll, welche oberhalb der Einstichstelle zwischen 2. und 3. Lendenwirbel liegen, muß man, vorausgesetzt, daß man in sitzender Stellung injiziert, in dieser die eintretende Anästhesie abwartet und nachträglich den Pat. nur in Horizontallage bringt, verlangen, daß sie spezifisch gleich oder besser etwas leichter als die Spinalflüssigkeit ist; von den käuflichen Präparaten in Lösung entspricht dem allein die Stovain- (Billon, bzw. Riedel) Lösung (spez. Gewicht bei 38° C = 0,999). Im Interesse der Verwendung chemisch reiner Lösungen ist es notwendig, das Suprarenin erst kurz vor dem Gebrauch den anästhesierenden Lösungen hinzuzusetzen. Käufliche Ampullen mit dieser letzteren und Suprareninzusatz sind abzulehnen, ebenso solche Tabletten, da ihre Lösung in Spinalflüssigkeit (wenn man nicht sehr viel aspiriert) immer spezifisch schwerer als diese bleibt.

Kramer (Glogau).

7) **Chaput** (Paris). De la rachistovainisation ... L'anesthésie totale au moyen de la rachistovainisation.

(Presse méd. 1907. Nr. 94.)

Es ist dem Verf. gelungen, mehrere Operationen an der Brust, den Brüsten und selbst am Kopfe vollkommen schmerzlos nur unter Rachistovainisierung auszuführen. Um die allgemeine Anästhesie so herbeizuführen, wird folgendermaßen verfahren. 1 Stunde vor Beginn der Operation wird unter die Haut $^1/_4$ mg Skopolamin eingespritzt. Man bindet dem Kranken die Augen und die Ohren zu und läßt ihn ruhig liegen. Vor Beginn der Operation wird eine Punktion in der Lumbalgegend ausgeführt und 10—15 ccm Zerebrospinalflüssigkeit abgelassen. Hierauf werden in zweimal je 4 ccm einer 2%igen Lösung

von Stovakokain 8 ccm eingespritzt. Innerhalb 10—15 Minuten hat die Unempfindlichkeit das Gesicht erreicht, wo dieselbe etwa $^1/_2$ Stunde anhält. Falls Pat. während der Operation Blässe und einen schwachen Puls zeigen, wird eine Koffeineinspritzung gemacht, event. werden die Pat. in die Trendelenburg'sche Lage gebracht. Unangenehme Zufälle wurden bei Anwendung dieser Methode nicht beobachtet; ein einziger Kranke hat 12 Tage nach der Operation eine Parese des Abducens dargeboten, die nach 10 Tagen aber verschwunden war.

Im allgemeinen ist Verf. der Ansicht, daß die von anderen beobachteten unangenehmen Zufälle bei Anwendung der Rachistovainisierung meist auf verschiedene, leicht zu beseitigende Nebenumstände zurückzuführen sind. So z. B. zu große Menge des eingespritzten Stovains, zu konzentrierte Lösung, das Hinzufügen von Adrenalin zu derselben, mangelhafte Sterilisation. Ferner muß hervorgehoben werden, daß reines Stovain sehr unsicher ist, und daß erst das Hinzufügen einer geringen Menge von Kokain das Erzielen einer guten Anästhesie mit einer relativ geringen Dosis ermöglicht. In der Stovakokainlösung, die Verf. benutzt, ist das Stovain zu $^3/_4$, das Kokain zu $^1/_4$ vorhanden, und das Ganze in 1%iger Lösung in sterilisierten Ampullen enthalten.

Kontraindikationen für die Spinalanästhesierung geben ab: hohes Alter (über 65 Jahre), kachektische Zustände, schwere Anämien und Infektionen, Albuminurie und Diabetes. Syphilis und Erkrankungen des Zentralnervensystems bilden ebenfalls Gegenanzeigen der Methode, da sie den Pat. der Gefahr einer Lähmung aussetzen. Doch muß man diese Gegenanzeigen nicht zu ängstlich auffassen, und ist C. der Ansicht, daß viel weniger Gefahren bei der Stovainisierung, wie bei der allgemeinen Anästhesie mit Chloroform zu fürchten sind.

Werden also alle Vorsichtsmaßregeln beobachtet, so ist die Rachistovainisierung in der oben beschriebenen Art eine vollkommen unschädliche allgemeine Anästhesierungsmethode und wohl berufen, die allgemeine Anästhesie mittels Chloroform und ähnlichen Mitteln zu verdrängen. **E. Toff** (Braila).

8) **Gergö.** Sind Röntgenbilder einfache Schattenbilder?

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 4.)

Nach längeren theoretischen und allgemeinen Ausführungen über Schattenbilder und perspektivische Bilder rekapituliert G. seine Darlegungen folgendermaßen:

»Die Röntgenbilder konnten bisher bei einer mangelhaften Technik als einfache Schattenbilder der Knochen betrachtet werden; derzeit jedoch können wir mit Hilfe einer vollkommeneren Technik und im Falle, daß die Röntgenstrahlen am betreffenden Körperteil ihre ganze zeichnerische Tätigkeit entwickeln können (z. B. an den Extremitäten), auch solche Röntgenbilder erlangen, welche ihrem Wesen nach keine einfachen Schattenbilder sind, sondern perspektivische Bilder. (Im

Röntgensinne plastisch gezeichnete oder plastisch wirkende Röntgenbilder).

Bei der Beurteilung der Perspektive (resp. plastischen Impression) von dergleichen vollkommeneren Röntgenbildern können wir nicht einfach von den gewohnten Grundbegriffen unserer plastisch darstellenden Künste (Malerei, plastische Photographien usw.) ausgehen. Es bestehen bei den Röntgenbildern so eigenartige Verhältnisse (Modifikation der Zentralprojektion, Transparenz der Körper usw.), daß wir deren Perspektive resp. plastische Wirkung nicht gänzlich an der Hand jener Begriffe von plastischer Darstellung beurteilen dürfen, die uns die gewohnten plastischen Künste bieten.« **Gaugele** (Zwickau).

---

9) **Schmid und Géronne.** Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die weißen Blutzellen, nach Mikrophotographien mit ultraviolettem Licht.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 4.)

Verff. haben an bestrahlten nephrektomierten Kaninchen Versuche über die Abnahme der weißen Zellen im Blut und die bereits anderwärts sicher nachgewiesene Schädigung der Zellbildungsstätten angestellt und sind wie Linser und Helber zu der Ansicht gekommen, daß diese Schädigungen durch ein spezifisches Agens, das Leukotoxin, hervorgerufen werden, welches zum Teil durch die Nieren ausgeschieden wird.

Die Befunde der Blutpräparate, die im großen und ganzen mit denen der beiden anderen genannten Autoren übereinstimmen, kontrollierten nun Verff. durch Mikrophotographien mit ultraviolettem Licht. Aus den Photogrammen, welche auf einer Tafel der Arbeit beigegeben sind, ergibt sich folgendes:

»Das Protoplasma der polynukleären Zellen ist zum Teil gequollen, grobkörnig, die Zellwand häufig gesprengt, so daß es vielfach zum Austritt von Protoplasmateilchen gekommen ist. Die Kerne sind zum Teil unscharf, verschwommen (daran, daß andere Einzelheiten in den betreffenden Zellen doch scharf sind, ist zu erkennen, daß die Zelle an sich scharf eingestellt war); an einigen Kernen besteht ein deutliches Lichterwerden der Struktur, doch finden sich solche lichtere Stellen, wenn auch in geringerem Maße, auch an einzelnen Kernen bestrahlter Leukocyten.

Die Schädigung trifft ausschließlich die polynukleären Leukocyten, während die Lymphocyten durchaus intakt erscheinen.

Es erscheinen die Lymphocyten zum Teil mit hellem Rand umgeben; Ursache dafür ist, daß die Objekte im Augenblick des Photographierens in geringster Bewegung waren. Dieselbe Erscheinung ist auch bei einzelnen Erythrocyten zu sehen. An den roten Blutkörperchen finden sich keinerlei Veränderungen.«

Danach erscheinen also nicht die polynukleären Leukocyten als die gegen die Röntgenbestrahlung widerstandskräftigsten, sondern

vielmehr die Lymphocyten und speziell die kleinen Lymphocyten. Dieses Verhalten ist um so merkwürdiger, als die Lymphocyten bereits zu einer Zeit abnehmen, wo die histologische Untersuchung an den lymphatischen Apparaten noch keine Veränderung nachweisen kann; auch tritt die Abnahme der Lymphocyten bereits bei einer partiellen Röntgenbestrahlung ein, wobei die lymphatischen Apparate gar nicht direkt betroffen worden sind. Danach muß man zur Anschauung kommen, daß die Lymphocytenabnahme auf einer Insuffizienz der Mutterorgane für deren Neubildung beruht, und daß diese nicht bloß durch anatomische Schädigung (Totalbestrahlung), sondern auch auf toxischem Wege entstehen kann. **Gaugele** (Zwickau).

---

10) **G. E. Whaug.** Pharyngeal abscesses.

(Lancet 1906. September 29.)

Verf. betont, daß bei jedem mit ungewissen Symptomen erkrankten Kind eine genaue Inspektion des Rachens stattfinden sollte, damit ein eventueller Abszeß schon in den Anfangsstadien erkannt wird. Es finden sich zweierlei Arten von Rachenabszessen:

1) Die tuberkulösen, die langsam und in der Mittellinie des Rachens erscheinen und stets von außen vom Hals aus eröffnet werden sollten, wobei die Abszeßmembranen exstirpiert oder nach Möglichkeit mit dem scharfen Löffel entfernt werden sollen. Die Abszesse gehen von tuberkulösen Halsdrüsen oder von der Wirbelsäule aus. Da es nur selten gelingt, einen Wirbelsequester zu entfernen, rezidivieren sie häufig.

2) Die nicht tuberkulösen Abszesse; sie gehen ohne Unterschied von einer Mandel aus und beginnen auf den Seiten des Rachens. Differentialdiagnostisch ist hierbei nicht selten Diphtherie in Frage gekommen und sogar die Tracheotomie gemacht worden; es fehlen beim Rachenabszeß in der Regel indessen Stridor und Krupphusten. Diese letzteren Abszesse sind von innen und in ihrer ganzen Ausdehnung zu eröffnen, am besten bei hängendem Kopfe. Im Anschluß an die Heilung sind die Mandeln zu exstirpieren.

Auch desinfizierende Gurgelungen bzw. Pinselungen der erkrankten Mandeln kann man der Entstehung oder Ausbreitung der Abszesse vorbeugen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

11) **Halstead** and **Evans.** The parathyreoid glandules. Their blood supply and their preservation in operation upon the thyreoid gland.

(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Verff. besprechen die anatomische Lage und die Blutversorgung der Epithelkörperchen, die bei Kropfoperationen unbedingt erhalten werden müssen, wenn nicht Tetanie und andere schädliche Erscheinungen am Körper auftreten sollen.

H. hat die arteriellen Gefäße der Schilddrüse mit schwefelsaurem Quecksilber injiziert und auf diese Weise festgestellt, daß die Äste

für beide Glandulae parathyreoidea von einem Blutgefäß der unteren Schilddrüsenarterie entspringen. Der Zweig für die obere Drüse kann auch aus der Stelle der Anastomose zwischen oberer und unterer Schilddrüse hervorgehen. Die Lage der Körperchen ist verschieden.

Es kommt bei der Kropfoperation nicht nur darauf an, sie unberührt zu lassen, sondern auch darauf, die sie versorgende Arterie nicht zu durchschneiden, d. h. die Art. thyreoid. inf. jenseits des Abganges des Astes zu unterbinden, der die Arterie für die Nebenschilddrüse abgibt. Genaues Sehen nach dem Hervorheben der Schilddrüse aus ihrem Bett ist daher durchaus erforderlich.

Herhold (Brandenburg).

---

12) **K. Schultze.** Experimentelle Untersuchungen über das Fieber nach Kropfoperationen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Die häufig nach Kropfoperationen auftretende Temperatursteigerung wird von manchen durch eine Überschwemmung des Körpers mit dem Safte der Schilddrüse bei der Operation erklärt. Um die Richtigkeit dieser Annahme zu prüfen, injizierte S. sich selbst und Pat. teils subkutan, teils intravenös Saft von Schilddrüsen, die bei Kropfoperationen entfernt waren; die Menge des eingespritzten Saftes betrug meist 20 ccm. Bei neun derartigen Versuchen stieg die Rektaltemperatur gar nicht oder höchstens um $^4/_{10}{}^\circ$; nur bei einer Pat., die nach der Operation fieberte, und der ihr eigener Schilddrüsensaft injiziert wurde, stieg die Rektaltemperatur auf 39,6. Der Puls blieb stets unverändert.

S. schließt aus seinen Versuchen, daß die Resorption von Kropfsaft bei dem Zustandekommen des postoperativen Fiebers keine Rolle spiele.

Auch bei Injektion des Saftes von Basedowkröpfen wurde keine Beeinflussung von Puls und Temperatur beobachtet. Die gelegentlich auftretenden postoperativen akuten Verschlimmerungen des Morbus Basedowi, die sich vor allem in einer Änderung des Pulses und der Körpertemperatur äußern, können deshalb nicht als Folge von Resorption des Kropfsaftes aufgefaßt werden. **Haeckel** (Stettin).

---

13) **Mollière et Sargnon.** De l'anesthésie de l'oesophage en dehors de l'oesophagoscopie. Indications. Resultats.

(Province méd. 1907. Nr. 36.)

Verff. wenden zwei Formen von Anästhesie an, eine solche, welche die Empfindlichkeit herabsetzt, und eine solche, welche vollkommene Unempfindlichkeit herbeiführt. Die erstere Form erzielen Verff. mit Belladonna und empfiehlt sie ungeübteren Untersuchern. Die letztere Art führen sie mit einer 10%igen Lösung von Kokain aus und wenden sie bei Fissuren, Ulzerationen, Spasmen und bei Extraktion von Fremdkörpern an. **A. Hoffmann** (Karlsruhe).

---

14) **T. Tuffier, Jardy et Gy.** De la calcification pleurale.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 3.)

Die Kalkablagerungen auf den Wänden alter Empyeme oder sonstiger chronischer Pleuritiden sind selten Gegenstand ärztlicher Behandlung. Entweder sie werden erst durch die Sektion erkannt oder können nur als Reste voraufgegangener Exsudate da vermutet werden, wo Dämpfungen und Einziehungen zurückbleiben, der Gesamtzustand ein ungenügender ist, oder plötzliche schwere, respiratorische Insuffizienz auf starre und geschrumpfte Lunge hinweist. In anderen Fällen jedoch können von Fistelgängen aus die Inkrustationen mit Sonden nachgewiesen werden, wenn sie auch bisher meist als Sequester gedeutet wurden, mit deren anatomischer Struktur sie freilich keine Ähnlichkeit haben. Sind große Höhlen mit Kalkbelägen ausgekleidet und durch Fisteln eröffnet, muß meist der sonst unheilbaren Eiterung Einhalt getan werden. Verff. raten nun hier von der Schede'schen Operation als zu schwerem Eingriff ab, sondern ziehen wiederholte Abtragungen in kleinen Bezirken (etwa zwei Rippen hoch) vor; in den Zwischenzeiten soll dann besondere Sorgfalt auf Hebung des Kräftezustandes verwendet werden. **Christel (Metz).**

---

15) **Félegyházi und Potoczky.** Zur Entstehung der Vaguspneumonie.

(Sitzungsberichte der med. Sektion des Erdélyer Museumvereins Bd. XXVIII.)

Verff. stellten mehrere Untersuchungen über die Entstehung der Vaguspneumonie an und beleuchten die Frage vom histologischen und bakteriologischen Standpunkte. Die Versuche wurden an Kaninchen in tiefer Äthernarkose vorgenommen und führten zu folgenden Schlüssen:

1) Bei Durchschneidung des Vagus nur einer Seite entwickelte sich in keinem Falle eine Pneumonie.

2) Die Durchtrennung des Nervus laryngeus sup. beiderseits verursachte ebenfalls keine Schluckpneumonie.

3) Bei Durchschneiden der beiden Nervi recurrentes trat nicht in jedem Falle Pneumonie ein.

4) Nach Durchschneidung beider Nervi vagi gehen sämtliche Versuchstiere schon innerhalb $1^1/_2$ Tagen zugrunde. Die Pneumonie wird durch die Lähmung der Speiseröhre und durch die gesteigerte Inspiration zu einer besonders schweren. Die Temperatur sank allmählich von 39° C auf 29,7° C. Die Entzündung in der Lunge trat zuerst um die kleinen Bronchien herum auf in der Form einer lobulären Pneumonie; die pneumonischen Herde können von Hämorrhagien umgeben sein, die später nekrotisch zerfallen.

5) Die Bakterien waren dieselben, die in der Mundhöhle des Kaninchen und in verschiedenen Teilen der Luftwege auch unter normalen Verhältnissen vorhanden sind. Meist handelt es sich um eine Mischinfektion von Kokken und dicken Bakterien.

6) Die Ursache der Vaguspneumenie läßt sich auf die Aspiration der dem Speichel beigemengten verschiedenen Bakterien zurückführen. Die Schwere der Pneumonie hält mit der Menge der Bakterien Schritt.

P. Steiner (Klausenburg).

16) **Goebel.** Zur Entstehungslehre der Lungenerkrankungen nach Darmoperationen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Für die Entstehung von Lungenerkrankungen nach Operationen am Darme sind die verschiedensten Erklärungen versucht worden; besonders wurde die Narkose als Ursache angeschuldigt. Allein die Lungenkomplikationen entstehen auch nach Operationen unter Lokalanästhesie; das bisweilen unmittelbar nach der Operetion beobachtete Einsetzen der Lungenentzündung läßt an embolische Vorgänge denken. In Anlehnung an die Experimente anderer Forscher, welche den Übergang von Kohlenteilchen aus dem Darm in die Lunge durch den Ductus thoracicus erklärten, hat G. Kaninchen in die Darmwand chinesische Tusche eingespritzt und fand sie alsbald als freies, nicht von Zellen eingeschlossenes Pigment in den Lungen. Um dem Einwande zu begegnen, daß vielleicht physiologische Anthrakose der Tiere vorliege, spritzte er in einer anderen Reihe von Versuchen Tetragenus- und Prodigiosuskeime in die Darmwand und konnte in zahlreichen Fällen alsbald auch diese in den Lungen nachweisen. Der Vorgang beim Menschen wäre also so zu denken: Bei der Operation an der Schleimhaut des Darmes oder Magens gelangen Mikroorganismen in die Chylusgefäße, von diesen z. T. unter Umgehung der Lymphdrüsen in den Ductus thoracicus, durch diesen in die obere Hohlvene, dann in das rechte Herz und von diesem in die Lungen. In einem Falle von tödlicher Pneumonie konnte G. Colibazillen in der Lunge nachweisen.

Haeckel (Stettin).

17) **Seidel.** Über die physiologischen Grundlagen und die praktische Brauchbarkeit des Überdruckverfahrens zur Ausschaltung der Pneumothoraxfolgen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Man hat dem Überdruckverfahren den Vorwurf gemacht, daß die Atmungs- und Kreislaufverhältnisse dadurch geändert werden. S. hat deshalb an einer großen Reihe von Hunden und Kaninchen, teils in Narkose, teils ohne dieselbe, Versuche zur Feststellung der Atmungs- und Kreislaufverhältnisse unter Überdruck angestellt; dieselben wurden z. T. bei uneröffnetem Brustkorbe, z. T. beim gesetzten Pneumothorax ausgeführt. Verf. kommt zu dem Resultat, daß das Überdruckverfahren Atmung und Kreislauf nur in geringem Maße verändert; eine Erschwerung derselben bedeuten diese Veränderungen nicht; auch beim Unterdruckverfahren bleiben Atmung und Kreislauf meist unbeeinflußt. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Verfahren

können sich nur im Beginne des Unter- oder Überdruckes bemerkbar machen, welche im ersten Fall in vorübergehender Erweiterung, im letzteren Fall in vorübergehender Verengerung der Lungenkapillaren bestehen. Ist aber der Druck mit dem gewünschten Grade der Lungenausdehnung konstant geworden, so besteht bei beiden Verfahren das gleiche Verhältnis zwischen Lungeninnendruck und Interpleural-Rumpfdruck. Die Narkose ist auch beim Überdruckverfahren mit genügender Sicherheit zu leiten, wenn auch zugegeben ist, daß der Narkotiseur in seiner Aktionsfreiheit im gewissen Grade behindert ist. Dagegen ist die Raumbeschränkung für den Operateur beim Unterdruckverfahren ein Nachteil, ebenso der Umstand, daß man durch die Unterdruckkammer viel mehr an die Örtlichkeit gebunden ist als beim Überdruckverfahren.

Demnach ist das Überdruckverfahren für jeden intrathorakalen Eingriff in derselben Weise geeignet wie das Unterdruckverfahren.

Haeckel (Stettin).

---

18) **Calvert.** Position of the heart in pericarditis with effusion.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1907. Oktober.)

Die Ausführungen des Verf.s stützen sich auf die Befunde an zwei genau untersuchten Leichen und ferner auf einige Abbildungen aus Pirogoff's topographischer Anatomie (1852—58).

Die beiden selbst untersuchten Leichen waren die von Negern im Alter von 30 bzw. 29 Jahren mit klinisch nachgewiesenem perikardialem Erguß. Beide Leichen waren in der Weise gehärtet worden, daß in die Arterien bei Rückenlage Formalin injiziert wurde. Die Kadaver wurden dann in transversale Schnitte zerlegt. Einige Skizzen und drei Photogramme von den Schnittflächen illustrieren die gewonnenen Befunde; zum Vergleich sind drei entsprechende Figuren aus Pirogoff's Atlas wiedergegeben.

Verf. zieht aus seinen Untersuchungen die folgenden Schlüsse:

1) Die Lage des Herzens hängt von der Gestalt des Herzens ab.

2) Die Gestalt des Herzens ist abhängig von seiner Ausdehnung oder, mit anderen Worten, von seiner Blutfüllung.

3) Die Anfüllung des Herzens mit Blut entspricht dem Grade der Kompensation.

4) Bei genügender Kompensation enthält das Herz verhältnismäßig reichlich Blut und hat eine relativ normale Lagerung.

5) Bei ungenügender Kompensation ist der Zustrom von Blut zum Herzen verringert, das Herz wird kleiner und kleiner, bis es ganz kollabiert. Die Größe des Herzens steht im umgekehrten Verhältnis wie der Druck im Herzbeutel. Das Herz schwankt bezüglich seiner Lagerung zwischen der Norm und der flachen Anpressung an die hintere Wand des Herzbeutels.

6) Die Herzspitze kann an normaler Stelle liegen oder nach rückwärts und etwas nach rechts verschoben sein.

7) Wenn der Druck im Herzbeutel ein hoher wird, so tritt die dreieckige Dämpfungszone deutlich in die Erscheinung, die Pulsfrequenz steigt, es kommt vielleicht zu Pulsus paradoxus, der arterielle Druck sinkt, es kommt zu venöser Kongestion und zu Lungensymptomen. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

19) **Noll.** Die Histologie der Wurmfortsatzentzündung.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.)

N. hat im Marburger pathologischen Institut 80 sofort nach der Exstirpation konservierte Wurmfortsätze genau histologisch untersucht, deren 26 von akuten Erkrankungen des Wurmfortsatzes, 54 von Intervalloperationen stammen. Auf Grund dieses außerordentlich sorgfältig bearbeiteten Materials, das hier ausführlich wiedergegeben wird, hatte Aschoff seine bekannten Ansichten über die Entstehung der Appendicitis entwickelt.

Nach N. spielen bei der Entstehung des appendicitischen Anfalles Gefäßveränderungen in Arterien oder Venen keine Rolle. Vielmehr ist der akute Anfall stets Folge einer bakteriellen Infektion, die meist vom Darme, seltener vom Blut aus stattfindet. Die Entzündung beginnt in der Tiefe von Schleimhautbuchten; von hier geht sie durch eindringende Bakterientoxine auf die Wand des Wurms bis zur Serosa über und kann so zur Perforation durch eitrige Einschmelzung führen, oder aber sie kriecht als diphtherische Form auf der Schleimhautoberfläche weiter. Anwesenheit von Kot oder Kotsteinen spielt dabei keine wesentliche Rolle, nur insoweit, als der Wurmfortsatz, ähnlich wie bei Knickungen und Stenosen, an Entleerung seines Sekretes in den Darm gehindert wird. Der Stein arrodiert die Schleimhaut nicht und führt nicht zur Perforation.

Die Existenz einer chronischen, zur Obliteration führenden, auf Resorption von Bakterientoxinen beruhenden, granulierenden Entzündung ist nicht erwiesen; die Obliterationen sind vielmehr narbige Ausheilungen früher überstandener akuter Anfälle. Die ersten Anfälle entstehen in ganz gesunden Wurmfortsätzen und nicht auf dem Boden einer schleichenden, chronischen Entzündung. **Haeckel** (Stettin).

---

20) **Albu.** Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blinddarmerkrankungen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.)

A. bringt einen sehr bemerkenswerten Aufsatz über das viel diskutierte Thema, der um so wertvoller ist, als er auf Beobachtung von 178 Fällen akuter und 315 Fällen chronischer Blinddarmentzündung aus seiner rein internistischen Praxis beruht, und zwar einer Praxis, die aus verschiedenartigen Quellen geschöpft hat: poliklinischer und privater Ambulanz, Konsultationen und klinischer Klientel. A. bezweifelt, ob spätere Zeiten sich die jetzt schon fast zu einem Dogma erhobene prinzipielle Forderung der Frühoperation in allen Fällen zu

eigen machen werden; das sei ein schematisches Verfahren, das im Gegensatz stehe zu der sonst proklamierten Forderung individualisierender Behandlung.

Bezüglich der Pathogenese spielt für A. die chronische Verstopfung eine große Rolle, während die chronische Kolitis kaum ätiologisch in Betracht kommt. So sehr A. die Notwendigkeit der frühesten Frühoperation bei schweren Fällen, bei destruktiver Appendicitis betont, so energisch lehnt er die Operation in den leichten in überwältigender Majorität der Spontanheilung zugänglichen Fällen ab und zeigt, wie man sehr gut die leichten von den schweren Fällen unterscheiden könne. Das oft behauptete Übergehen anscheinend leichter Fälle in schwere sei verschwindend selten und rechtfertige noch nicht die grundsätzliche Frühoperation aller Fälle. Nicht um die Frühoperation hätte der Kampf entbrennen sollen, sondern um die Frühdiagnose der Appendicitis überhaupt und besonders um die frühzeitige Unterscheidung der leichten von den schweren Fällen! Nur in 10% der Fälle sei diese Unterscheidung nicht möglich; diese zweifelhaften müßten alle der Operation unterworfen werden. Bei diesem Verfahren habe er nie einen Fehlgriff getan. Bei der Therapie der leichten Fälle verwirft er das Opium als überflüssig und das Krankheitsbild verschleiernd.

Bezüglich der chronischen Perityphlitis sind die inter- und remittierenden Formen der Operation zu unterwerfen. Nach einmaligem Anfall soll nur im Intervall operiert werden, wenn derselbe mittelschwer oder schwer gewesen ist. Sind keine akuten Anfälle vorausgegangen, so ist die Diagnose schwer, und man ist mannigfachen diagnostischen Irrtümern, Verwechslungen mit der Obstipatio chronica spastica, visceralen Neuralgien, der Pseudoappendicitis Hysterischer unterworfen; in diesen Fällen ist die Operation nur zu empfehlen, wenn ein objektiver Krankheitsbefund, konstante Resistenz und Druckempfindlichkeit an typischer Stelle vorhanden sind.

Haeckel (Stettin).

---

21) **Rostowzew.** Aseptische Darmnaht.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXII. Hft. 3.)

Verf. schildert eine zweifellos sehr sinnreiche Methode der aseptischen Darmnaht, bei welcher die Eröffnung der Darmlichtungen erst nach Anlegung der Nähte stattfindet. Das Prinzip beruht auf Abquetschung der zu eröffnenden Darmlichtungen und, wie sich Verf. ausdrückt, auf Verkochung der Darmwandung durch Bestreichen des Enterotribs mit dem glühenden Paquelin. Man erhält auf diese Weise geschlossene, gekräuselte Säume der Darmwand. Diese werden übereinander gelegt und die benachbarten Teile der Därme miteinander vernäht. Dadurch entsteht dann ein aufs neue geschlossener Darm, der im Innern diese gekräuselten Säume aufeinander liegend enthält. Die letzteren werden an den angelegten Fäden auseinandergezogen. R. behauptet, daß dies ohne Nachblutung geschieht. Eine Modifika-

tion des Verfahrens mit besonders konstruiertem Enterotrib soll die Operationsdauer noch wesentlich kürzen und die Naht maschinenmäßig fein gestalten. Ref. muß auf die Originalarbeit hinweisen, deren Abbildungen besser als alle Worte das Verfahren erklären. Bei derartigen technischen Methoden gibt eben die Anschauung am Lebenden oder die guten Abbildungen die einzige Möglichkeit zweckmäßiger Belehrung. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

22) **Kader.** Zur Frage der Radikaloperation von Schenkelbrüchen.

(Przegląd lekarski 1906. Nr. 51.)

Längsschnitt über die Bruchgeschwulst und stumpfe Lospräparierung des Bruchsackes. Eröffnung der Bauchhöhle durch einen kleinen Schnitt oberhalb des Leistenbandes. Mittels einer Klemme wird die Kuppe des Bruchsackes von außen gefaßt und in die Bauchhöhle eingestülpt. Die obere Öffnung des Schenkelkanales wird durch 2—3 Seidenknopfnähte geschlossen, indem das Leistenband an das Periost des Schambeines und Lig. pubicum Cooperi angenäht wird. Der Bruchsack wird in die Bauchhöhle hereingezogen und ans Bauchfell angenäht. Dann wird die Wunde in den Bauchdecken geschlossen die Vena saphena doppelt unterbunden und reseziert (um einen Schlitz bei der Mündung der Vene zu vermeiden), zuletzt die Wunde am Oberschenkel geschlossen. **Bogdanik** (Krakau).

23) **J. Delage** (Montpellier). L'évolution latente du pincement latéral de l'intestin dans les hernies étranglées.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 3.)

Verf. bespricht die Schwierigkeiten der Diagnose eines Darmwandbruches, wenn sich ein solcher völlig schleichend, ohne die gewohnten Anzeichen der Einklemmung, ohne daß auch vorher eine Bruchgeschwulst beobachtet war, eingeklemmt und zu phlegmonöser Entzündung der Leistengegend geführt hat. Einschlägige Beobachtungen werden mitgeteilt. Differentialdiagnostisch in Frage kommen Drüsenphlegmone, Entzündung eines ektopischen Hodens, Aktinomykose, Bruchsacktuberkulose und Appendicitis im Bruchsack.

Die Behandlung hängt ab von dem Zustand, in dem der Bruch zur Beobachtung gelangt. Ist die Gangrän bzw. Phlegmone ausgebildet, wird sich die Resektion notwendig erweisen; sonst wird man zur Übernähung greifen. **Christel** (Metz).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus dem Allerheiligen-Hospital in Breslau.)

Zur Diskussion über die osteoplastische Fußgelenksresektion.

Von

Prof. Alexander Tietze.

Auf dem Chirurgenkongreß 1906 hat Herr Brodnitz über eine neue osteoplastische Resektionsmetode des Fußgelenks zur Entfernung großer Partien der Tibia berichtet, welche sich von der nach Wladimirow-Mikulicz dadurch unterscheidet, daß die ganzen Weichteile der Fußsohle erhalten bleiben, der Calcaneus horizontal und die Tibia schräg abgesägt und dann vereinigt werden. Der Fuß wird um annähernd 90% gedreht.

Schon damals auf dem Kongreß und später noch ausführlicher in Bruns' Beiträgen Bd. LII hat ferner Herr Kausch eine von ihm bei Sarkom des unteren Unterschenkelendes ausgeführte Operation empfohlen, deren Eigenheiten er in folgendem zusammenfaßt: Resektion des unteren Unterschenkelendes, Absägen des hintersten Calcaneusabschnittes und Vereinigung der Sägefläche mit der der Unterschenkelknochen und Vertikalstellung des Fußes, Absägen der Talusrolle, rechtwinklige Dorsalflexion der Zehen, Versteifung der kleinen Fußgelenke (durch Einspritzung von Lugol'scher Lösung vor dem Röntgenschirm).

Wie aus ihren Berichten hervorgeht, hatten beide Operateure die Aufgabe zu erfüllen, große Defekte des unteren Endes des Unterschenkels plastisch zu decken, und es ist dies beiden mit vollem Erfolge gelungen. Die von ihnen angewandten Methoden aber können als neue wohl nicht bezeichnet werden, sie stellen vielmehr — allerdings sehr zweckmäßige — Modifikationen der Wladimirow-Mikulicz-schen ursprünglichen Operation dar.

Da auf diese Weise von neuem das Interesse für dieses sinnreiche Verfahren erwacht ist, möchte ich mir gleichfalls einen kurzen Beitrag zur Diskussion erlauben.

Ich hatte bisher in vier Fällen Gelegenheit, in gleicher oder ähnlicher Weise wie Herr Brodnitz vorzugehen. Der erste der Pat. ist im Jahre 1904 operiert und in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur demonstriert worden (Allgemeine med. Zentralzeitung 1904 Nr. 28). Es handelte sich um einen ca. 45jährigen Mann, welcher wegen eines schweren Fungus am linken Fußgelenk die Hilfe eines angesehenen hiesigen Chirurgen nachgesucht hatte. Die ihm vorgeschlagene Amputation hatte er verweigert; er sowohl wie sein Hausarzt, der mir den Kranken zuführte, bestanden auf Erhaltung des Fußes. In der Tat schien der von dem ersten Chirurgen gemachte Vorschlag sehr begreiflich; denn es fand sich eine mächtige Zerstörung des hinteren Fußabschnittes. Auf beiden Seiten des Fußes wucherten mächtige fungöse Massen aus großen Hautöffnungen heraus; eine starke Schwellung und bläuliche Verfärbung der Weichteile erstreckte sich über das ganze untere Drittel des Unterschenkels und weit am Fuße hinab. Die Knochenzerstörung entsprach in ihrer Ausdehnung den geschilderten Veränderungen an den Weichteilen insonderheit war der untere Abschnitt der Tibia schwer erkrankt, ebenso der Talus; dagegen waren die Weichteile der Fußsohle frei, und der Calcaneus konnte, soweit es die Untersuchung erkennen ließ, gleichfalls nur unwesentlich mitbeteiligt sein. Es wurde nun eine ganz ähnliche Operation gemacht, wie sie Brodnitz für seinen Fall beschrieben hat, d. h. es wurde ein mächtiges Viereck, das Weichteile und Knochen enthielt, aus den hinteren Abschnitten des unteren Unterschenkelendes und des Fußes herausgeschnitten; aber

der Fuß wurde nicht in Spitzfußstellung gebracht, also nicht gedreht, wie bei **Brodnitz**, sondern es wurde der Sohlenfuß beibehalten. Oben und unten bildeten die Grenzen Horizontalschnitte, die in einer Linie durch die Weichteile und den Knochen liefen. Zur Durchtrennung der Unterschenkelknochen wurde die **Gigli**sche Säge, zu der des Calcaneus die Bogensäge benutzt. Die Unterschenkelknochen mußten um 4 cm gekürzt werden. Vom Fuß wurden außer der oberen Hälfte des Calcaneus der Talus und Teile der gegenüberliegenden Gelenkfläche der Fußwurzelknochen entfernt. Der Vorfuß hing nur an einer wenig mehr als zwei Finger breiten Weichteilbrücke, welche aber die unverletzte Arteria dorsalis pedis enthielt. Als dann die Knochen zusammengefügt wurden, resultierte eine starke Verkürzung der Extremität. Der Fuß, der ursprünglich rechtwinklig angesetzt war, wurde in leichte Spitzfußneigung gebracht, was ohne weitere Knochenresektion gelang.



Fig. 1.

Die Fixierung wurde nur durch Naht der Weichteile besorgt. Es kam in kurzer Zeit Heilung zustande, und zur Zeit der Vorstellung des Pat., die etwa 8 Wochen nach der Operation erfolgte, war eine feste, anscheinend knöcherne Verbindung der Sägeflächen eingetreten. Die Verkürzung der Extremität unterhalb des Knies betrug hinten an der Ferse gemessen 7 cm. Der Pat. lief mit einem erhöhten Schuh sehr gut und hat noch über 2 Jahre seinen Beruf als Restaurateur voll-

kommen versehen. Dann ist er an Lungentuberkulose gestorben. Es soll sich allerdings nachträglich am Fuß eine Fistel gebildet haben; doch hat sie ihn, nach Mitteilung des Hausarztes, am Gehen nicht gehindert.

Wie bereits oben besprochen, sind die von Brodnitz und Kausch angegebenen Verfahren Abarten der Wladimirow-Mikulicz'schen Methode. Kausch ist der Ansicht, daß das von ihm gewählte vorzuziehen sei, weil es die Verkürzung der Extremität sicherer ausgleicht als das von Brodnitz, und in der Tat kann man in Fällen, wo es sich um den Ausgleich von so hochgradigen Defekten handelt, darüber streiten, ob es nicht zweckmäßig ist, sich möglichst genau an die Originalmethode zu halten. Was aber dem Vorgehen von Brodnitz nach meiner Ansicht einen gewissen Vorzug sichert, ist die schon bei ihm angedeutete Umwandlung des Spitzenfußes in einen Sohlenfuß. Allerdings konnte dieses Prinzip bei Brodnitz nicht zum vollen Ausdruck kommen, dagegen war dies in dem von mir operierten Falle durchaus möglich; und wie ich gleich ausführen werde, bin ich geneigt, das als einen Vorteil zu betrachten.



Fig. 2.

Ich möchte nur noch kurz erwähnen, daß mir die drei anderen Fälle Gelegenheit gaben, die Leistungsfähigkeit der Methode weiter zu prüfen. Diese drei Pat. habe ich in den letzten 2 Jahren im Allerheiligen-Hospital operiert. Einmal handelte es sich um eine Frau, bei der ebenfalls wegen schwerer Tuberkulose des Fußes operiert wurde. Die Operation, welche in ganz gleicher Weise verlief wie die geschilderte, glückte, aber die Pat. ging an schnell ablaufender Lungenphthisis zugrunde, noch ehe die Knochen fest zusammengeheilt waren. In einem anderen Falle hatte ich einen vollkommenen Mißerfolg. Derselbe betraf einen älteren Mann mit bereits ziemlich rigiden Arterien. Ich hatte das Mißgeschick, die

Arterie am Fußrücken zu verletzen. Es trat Gangrän des Fußes ein, der Pat. mußte amputiert werden.

Der letzte Fall betraf ein 13jähriges Mädchen mit multiplen tuberkulösen Herden, die aber bis auf eine schwere Fußgelenkstuberkulose ausgeheilt waren. Seit 7 Jahren hatte das Kind das Bett nicht mehr verlassen. Aus leicht ersichtlichen Gründen hätte ich die Operation gern vermieden, aber die Knochen waren so hochgradig zerstört, daß demgegenüber selbst ein Fortfall der Epiphysenlinie eine wesentliche Schädigung nicht mehr bedeuten konnte. Zudem gilt ja die Anschauung zu Recht, daß das Wachstum der Tibia zum größeren Teil von der oberen Epiphyse abhängig ist. Die gewöhnlichen Methoden der Fußgelenksresektion waren bei der Beteiligung der Weichteile, welche der im ersten Fall beschriebenen ähnlich, wenn auch nicht so hochgradig war, nicht anwendbar. Die Schnittrichtung war die angegebene; außer den hinteren zwei Dritteln des Talus und dem oberen Teil des Calcaneus brauchte von der Fußwurzel nichts geopfert zu werden. Auch die Verkürzung der Tibia konnte sich gleicherweise nur auf Absägung einer schmalen Scheibe beschränken. Das Aussehen des Fußes ergibt die vorstehende Photographie. Die Verkürzung des Beines beträgt an der Ferse gemessen $5^1/_2$ cm. Diesmal ist keine knöcherne Vereinigung eingetreten, aber die dadurch erzielte, wenn auch geringe Beweglichkeit erscheint eher günstig; jedenfalls läuft die Pat. auch ohne erhöhten Schuh sicher und schmerzlos. Allerdings soll sie eine passende schräge Schuheinlage erhalten.

Das Mißgeschick im dritten Falle fällt dem Operatur und nicht der Methode zur Last. Vielleicht würde sich selbst die Verletzung der Arterie bei besseren Zirkulationsverhältnissen nicht so schwer gerächt haben; erwähnt doch Kausch in seiner Arbeit einen Fall von Wieting, in welchem trotz Unterbindung der beiden Hauptarterien des Fußes eine Gangrän ausblieb.

Ich habe, wie gesagt, weniger Wert auf den Ausgleich der Verkürzung als auf die Erhaltung annähernd normaler Form gelegt, und ich würde, namentlich in einem Falle wie im letzten, wo kaum mehr als 3 cm Verkürzung an der Fußspitze herauskamen, unbedingt auch später statt der typischen osteoplastischen Fußgelenksresektion der horizontalen Absägung des Calcaneus und der Bildung eines Sohlenfußes, wo es geht, den Vorzug geben. Aber auch selbst in dem ersten Falle, wo, wie gesagt, die Verkürzung etwas mehr betrug, war das Verfahren, glaube ich, das richtige. Die knöcherne Verbindung bei der Wladimirow-Mikulicz'schen Operation bleibt öfters aus, und doch werden gerade bei diesem Verfahren an die Festigkeit und Tragfähigkeit des Fußes ganz andere Anforderungen gestellt, wie beim Sohlenfuß. Kausch hat darauf ganz besonders hingewiesen, und das war ja auch der Grund, der ihn zur Versteifung der kleinen Fußwurzelgelenke durch Einspritzung von Lugol'scher Lösung veranlaßte. Bei dem anderen Verfahren schadet es dagegen, wie der letzte Fall beweist, nichts, wenn eine knöcherne Vereinigung ausbleibt, und eine Beweglichkeit der kleinen Fußwurzelgelenke ist geradezu erwünscht, weil diese das Abwickeln des Fußes entschieden erleichtert.

Die bleibende Verkürzung ist allerdings ein Nachteil; aber selbst der nicht unbeträchtliche Grad derselben beim ersten Fall hat meinen Pat. nicht in der Ausübung seines Berufes gehindert. Macht man auf die Unbequemlichkeit des Tragens einer Prothese, wozu selbst ein erhöhter Schuh gerechnet werden muß, aufmerksam, so muß doch darauf hingewiesen werden, daß auch bei der Operation nach Wladimirow-Mikulicz ein besonderer Schuhapparat erforderlich ist. und schließlich wird der Pat. in der Regel wohl in einem gewissen ästhetischen Instinkt es wünschen, eine Extremität zu erhalten, die möglichst der alten Form nahe kommt. Mit etwas ärgerlichem Humor erzählte mein Lehrer Mikulicz zuweilen, daß der Pat., bei welchem er die nach ihm benannte Resektionsmethode erdacht und zum erstenmal ausgeführt hatte, später als Bettler das Land durchzog und durch sein »verkrüppeltes Bein« das Mitleid seiner Mitmenschen zu erregen suchte.

—

Die Elemente dieser Umwandlung der Wladimirow-Mikulicz'schen Operation sind schon völlig in der Resectio tibio-calcanea von Bruns enthalten; denn wenn auch Bruns als Normalmethode den vorderen weitausgreifenden Bogenschnitt betrachtet, mit welchem das Sprunggelenk geöffnet wird, so sind doch unter den Fällen, welche Roth im 21. Band von Bruns' Beiträgen veröffentlicht, drei enthalten, in welchen von einem hinteren Querschnitt aus operiert wurde und von da bis zur Ausschneidung dieses großen aus Weichteilen und Knochen bestehenden Würfels bzw. Prismas, also einer ausgedehnten Tarsectomia posterior, wie in unseren Fällen, ist natürlich nur ein kleiner Schritt. Mit dem Vorgetragenen hatte ich auch nur die Absicht, zu zeigen, daß die Prinzipien der Bruns'schen Operation sich mitunter mit Vorteil auf die Methode von Mikulicz übertragen lassen, wie dies ja auch schon Kümmell in anderer Weise getan hat.

---

24) Sanitätsbericht über die kgl. preußische Armee, das XII. und XIX. (1. und 2. kgl. sächsische) und das XIII. (kgl. württembergische) Armeekorps, sowie über die kaiserl. ostasiatische Besatzungsbrigade. Berichtszeit: vom 1. Okt. 1904 bis 30. Sept. 1905. Mit 80 Karten und 16 graphischen Darstellungen.

Berlin, **E. S. Mittler & Sohn,** 1907.

Aus dem reichen Materiale des Sanitätsberichtes soll nur kurz das den Chirurgen Interessierende wiedergegeben werden.

An Wundrose erkrankten 702 Mann = 1,3‰ des Krankenzuganges; Epidemien kamen nicht vor; die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 24 Tage. 8 Todesfälle sind zu verzeichnen, 5 infolge Hirnhautentzündung, 2 infolge Herzschwäche, 1 durch eitrige Brustfellentzündung. Die Rose ging aus: von der Nase 45mal, von kleinen oberflächlichen Verletzungen 25mal, 15mal von den Rachenmandeln, 14mal von Ohrverletzungen, 10mal von Operationswunden. Von Antiserum wurde kein Erfolg gesehen.

Wundinfektionskrankheiten (Sepsis und Pyämie). 44 Fälle. Ursachen: 5mal Furunkel, 3mal Zellgewebsentzündungen, 7mal oberflächliche Verletzungen usw. 64% Todesfälle, Antisera und Collargol wurden ohne Erfolg angewandt.

Starrkrampf wurde 2mal beobachtet, und zwar einmal nach Extraktion eines eingewachsenen Nagels und zweitens bei einer mit Erde verunreinigten Fingerschnittwunde. Beide Fälle heilten; im ersten wurden 600 ccm Antitetanusserum in 6 Gaben, im zweiten Collargol in die Venen gespritzt und nebenher Chloralhydrat verabfolgt.

Bösartige Geschwülste im ganzen 31. Unter 21 näher beschriebenen Geschwülsten waren 17 Sarkome (Nasen-Rachenraum, Hals, Brusthöhle, Hoden) und 3 Krebse.

Krankheiten des Gehirns. Unter dieser Nummer gingen 32 Mann zu. 6mal handelte es sich um Geschwülste, von welchen 4 zu Lebzeiten diagnostiziert waren und 2 bei der Leichenöffnung angetroffen wurden. Außerdem kamen vor: Gehirnabszesse, Jackson'sche Epilepsie usw.

Gehirn- und Rückenmarkserschütterungen. Es gingen zu: 217 Mann mit 5 Todesfällen. Dienstfähig wurden 184, invalid 31. Die meisten dieser Erkrankungen waren durch Unglücksfälle beim Umgange mit den Pferden oder durch Fall aus größerer oder geringerer Höhe entstanden.

Wegen Kropf wurde 10mal operiert, davon blieben 9 Leute dienstfähig.

Unterleibsbrüche. Zugang 967 = 1,8‰ des Gesamtzuganges; 242 wurden dienstfähig, 711 dienstunbrauchbar. 55 mit einseitigem, nicht eingeklemmtem Bruche behaftete Kranke wurden operiert, 45 nach Bassini, 7 nach Kocher, 3 nach Lucas-Championnière. 49 wurden durch die Operation wieder dienstfähig, 3 invalid.

Eingeklemmte Brüche. 35 Fälle, von denen bei einigen der Bruch reponiert werden konnte. Von 14 Operierten wurden 12 dienstfähig, 2 invalid; es

handelte sich um 11 eingeklemmte Leistenbrüche, 1 Schenkelbruch und 2 Brüche der Linea alba.

Innerer Darmverschluß kam 14mal vor; 6 wurden dienstfähig, 3 invalid, 3 starben. Von 7 Fällen, über die näher berichtet ist, wurden 4 operiert, 2 durch hohe Darm- und Magenausspülungen geheilt; 1 Kranker starb während der Vorbereitung zur Operation.

Blinddarmentzündung. 1378 = 2,6‰. Von diesen 1000 dienstfähig, 29 tot, 330 dienstunfähig. Als Ursache wurde häufig Überanstrengung (Sandkarren, schweres Heben usw.) angegeben. Mehrfach schloß sich die Blinddarmentzündung an andere Krankheiten an (Mandelentzündung, Scharlach, Grippe, Tripper usw.). 263 wurden operiert; von 260 in der Operationstabelle aufgeführten Operierten wurden 215 = 82% geheilt, 45 starben = 17.3%. Von den 215 Geheilten blieben 63% dienstfähig; überhaupt blieben 52% der Gesamtoperierten dienstfähig. Die Anzahl der Blinddarmoperationen hat seit dem Jahre 1902/03 um 114% zugenommen, während die Zunahme des Zuganges nur 34,3% betrug.

Bauchfellentzündung. Außer den durch Blinddarmentzündung hervorgerufenen Bauchfellentzündungen kamen infolge Perforation eines Eingeweides, Tuberkulose oder Verletzungen (Kontusionen) noch 54 Fälle vor, von welchen 26 tödlich endeten; 11 Pat. wurden dienstfähig, 14 dienstunfähig.

Venerische Krankheiten. Während in der französischen Armee 34‰, in der österreichischen 61,6‰, in der englischen 107‰ des Krankenzuganges venerisch waren, beträgt diese Zahl in der deutschen nur 19,4‰. Der Monat Oktober bringt infolge der Rekruteneinstellung die meisten Zugänge. An Syphilis gingen zu 2296, an Tripper 6634 Mann.

Der Zugang an Panaritium ist von 25,2‰ des Jahres 1881/82 auf 9,1‰ des Rapportjahres gesunken. Bevorzugt ist die Erkrankung der rechten Hand. Von Bier'scher Stauung wurde in einigen Fällen Erfolg gesehen, in anderen nicht.

Unter der Gruppe Zellgewebsentzündungen finden sich mit großen Eiteransammlungen einhergehende Prozesse (perinephritische, subpektorale Abszesse usw.). Über 33771 = 64‰ Fälle wird berichtet.

Von Knochenhautentzündungen war bei 298 Erkrankungen 176mal das Schienbein ergriffen, während sich der Rest auf verschiedene Knochen verteilt.

Fußgeschwulst. 12550 Zugänge. Unter dieser Zahl finden sich zahlreiche Brüche der Metatarsalknochen. Die meisten Erkrankungen traten beim Beginne der Marschperiode ein (Mai, Juni, Juli, August). Das größte Kontingent stellten, wie in früheren Jahren, die Provinzen Schleswig-Holstein und Mecklenburg (IX. Armeekorps).

Quetschungen. 19541 = 37‰ Fälle, von welchen 19254 wieder dienstfähig wurden. Nach Quetschungen entstanden 13 Knochenauswüchse, 1 Gelenkkapsel-, 22 Muskelverknöcherungen. Die Knochenauswüchse und Muskelverknöcherungen saßen meist am Oberarm; sie waren meistens durch Bajonettstoß, mehrfach auch durch Hufschlag entstanden. Auch am Oberschenkel sind derartige Verknöcherungen beobachtet. Durch Exstirpation der verknöcherten Stellen wurde in einigen Fällen Dienstfähigkeit erzielt. Von 10 wegen schwerer Darmquetschung Operierten starben 7, von den 3 Geheilten wurden 2 invalid.

Knochenbrüche 3095 = 5,9‰ Zugänge. Am häufigsten kamen Fußbrüche (infolge der häufigen Metatarsalknochenbrüche) vor, dann folgen der Häufigkeit nach Unterschenkel-, Hand-, Unterarm-, Schlüsselbein- und Kopfbrüche. Unter 38 Brüchen des Hirnschädels betrafen 24 das Schädelgewölbe mit 19 offenen Brüchen, 14 den Schädelgrund mit 1 offenen und 13 einfachen Brüchen. Geheilt von den 38 Schädelbrüchen wurden 24, darunter 14 dienstfähig. Bei komplizierten Brüchen des Schienbeines wurde 3mal die Knochennaht angewandt, bei 13 Kniescheibenbrüchen die Kniescheibe 4mal genäht.

Verrenkungen. Über 577 Fälle ist rapportiert, und zwar 496 Verrenkungen der oberen, 73 der unteren Gliedmaßen und 8 Verrenkungen anderer Gelenke.

Schußverletzungen. Infolge Unglücksfalles und 3mal durch eigenes Verschulden des Verletzten kamen 2 Schußverletzungen durch Granaten und 2 durch Manöverkartuschen vor.

Über die Art der Schußverletzungen gibt die folgende Tabelle Aufschluß.

Schußverletzungen durch Granaten			2
» » Manöverkartuschen			2
» » scharfe Patronen		Gewehr und Karabiner	75
		Revolver und Pistole	61
		Zielmunition, Teschin und Flobert	2
» » Platzpatronen		aus dem Gewehrlaufe	107
		aus dem Gewehrlaufe ohne Holzgeschoß	2
» » Schrotschüsse			9
» » abgelenkte und zurückgeprallte Geschosse			4
Verletzungen durch Explosion von Patronen (Schlag. Feuer, Ladehemmungen)			30

Unter den Verletzungen mit scharfen Patronen befinden sich einige Feldzugsverletzungen aus Südwestafrika: Leute, die noch nicht völlig geheilt aus Afrika ankamen.

Unter den Brustschüssen mit scharfen Patronen sind 16 Selbstmorde, 1 Selbstmordversuch; unter den Kopfschüssen 33 Selbstmorde.

Bei den 107 Schußverletzungen durch Platzpatronen handelt es sich um 81 Unglücksfälle, 19 Selbstmorde, 4 Selbstmordversuche und 3 Selbstverstümmelungen. Über das Vorkommen von Wundstarrkrampf nach Schußverletzungen ist nichts berichtet, Antitoxin wurde vorbeugend mehrfach gegeben.

Am Schluß des Berichtes sind die Operationen, welche im Berichtsjahre vorgenommen wurden, zahlenmäßig zusammengestellt. Um nur einiges daraus wiederzugeben, möge angeführt werden, daß 106 Ohroperationen, 57 Laparotomien, 77 Bruchoperationen, 266 Blinddarmoperationen, 36 Operationen wegen Wasserbruch, 33 Amputationen, 33 Exartikulationen, 30 Geschwulstoperationen usw. ausgeführt wurden. **Herhold** (Brandenburg).

25) **Colmers.** Die Lokalanästhesie als Hilfsmittel bei der Untersuchung von Unfallverletzten.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VI. Hft. 1.)

C. empfiehlt die Lokalanästhesie als Hilfsmittel, wenn es sich bei der Begutachtung von Unfallverletzten um die strikte Entscheidung handelt, ob Simulation, traumatische Neurasthenie, Hysterie oder ein funktionelles Leiden vorliegt. Er verwendet zu diesem Zwecke die Infiltration der angeblich verletzten und schmerzhaften Weichteilgebilde mit einem anästhesierenden Mittel nach Schleich, bzw. Herbeiführung regionärer Anästhesie in dem betreffenden Gebiete.

Bei einem 45jährigen Tagelöhner, der eine Hydrokelenoperation überstanden und sich überhoben hatte und infolgedessen über Schmerzen in der rechten Leistengegend und im rechten Hodensacke klagte, wurde die Anästhesierung des Hodens mittels Injektion einer 1%igen Novokainlösung in den Samenstrang und in die empfindliche, mit dem Hoden verwachsene Narbe vorgenommen. Etwa 5 Minuten nach der Einspritzung waren alle vorher geklagten Schmerzen verschwunden, und der Verletzte konnte frei und gerade, ohne zu hinken, gehen.

Bei einem 42jährigen Tagelöhner, der nach Anheben eines schweren Karrens über starke Schmerzen in der Lendengegend klagte, wurden 100 ccm einer 0,5%igen Novokainlösung in die schmerzhafte Muskulatur injiziert, wobei nach 5 Minuten Schmerzfreiheit eintrat.

Es ergab sich demnach, daß im ersten Falle die mit dem Hoden verwachsene Hautnarbe als Hauptursache der Beschwerden anzusehen war, und im zweiten Falle das Krankheitsbild durch eine lokale, durch den Unfall bedingte Erkrankung der Lendenmuskulatur ausgelöst war. Im ersten Falle wurde Vollrente resp. Kastration und im zweiten 80% zugebilligt. **Hartmann** (Kassel).

26) **Stossmann.** Über die Veronal-Chloroformnarkose.

(Budapesti Orvosi Ujság 1907. Nr. 44.)

Verf. berichtet über 70 Fälle von Veronal-Chloroformnarkose, die nach den Grundsätzen von Pokotilo (Chirurgia 1905) in der chirurgischen Abteilung des Primarius Illyés ausgeführt wurden. Es wurde $1^1/_2$ Stunden vor der Operation 1 g Véronal, in warmer Milch oder in Tee gelöst, verabreicht; Verf. beobachtete, daß nach Anwendung des Veronals die der Operation vorangehenden psychischen Emotionen wegfallen, der Betäubungszustand auch nach der Operation anhält. Die unangenehmen Nebenerscheinungen der Chloroformnarkose fallen weg, eine ausgesprochene Exzitation tritt nicht ein, ie tiefe Betäubung erfolgt rascher, die verbrauchte Chloroformmenge ist geringer, Erbrechen trat nur in einem Falle bei der Operation eines eingeklemmten Schenkelbruches ein, postoperatives Erbrechen beobachtete Verf. nur in fünf Fällen. Die Verabreichung des Veronals in Pulver- oder Tablettenform kann Verf. wegen der langsamen Resorption nicht empfehlen und hält die obige Verabreichungsweise für die entsprechendste.

(Ref. kann die sedative Wirkung des $1^1/_2$ Stunden vor der Operation verabreichten Veronals nach den Erfahrungen aus der Klinik Prof. Makara's nur bestätigen.) **P. Steiner** (Klausenburg).

27) **P. Beale** (London). Encephalocele.

(Medical press 1907. Oktober 23.)

Bei einem 5 Monate alten Kinde fand sich am Hinterkopf eine Encephalokele, etwas größer als der Kopf des Kindes selbst. Der Durchmesser der Basis betrug etwa 6 cm, die Perforation im Hinterhaupte ca. 4 cm. Die Geschwulst wurde abgetragen. Dabei zeigte sich, daß sie mit beiden Seitenventrikeln kommunizierte. Sie war mit einer dünnen Schicht Groß- und Kleinhirnmasse ausgekleidet. Das Kind erholte sich gut von der Operation, starb aber 14 Tage später an den Folgen einer Bronchitis. **Erhard Schmidt** (Dresden).

28) **F. Schultze.** Zur Diagnostik der Operabilität der Hirn- und Rückenmarkstumoren und über die Operationserfolge bei denselben.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Nachdem S. geschildert, wie es bisweilen schwierig ist, das Vorhandensein einer Hirngeschwulst überhaupt sicher zu diagnostizieren, ihren Sitz zu bestimmen und sich noch von ihrer Größe, ihrem Ausgangspunkt, ob von der Dura oder dem Hirn selbst, von ihrer Beschaffenheit ein Bild zu machen, bespricht er die Heilerfolge. Während der letzten 14 Jahre hat S. unter 97 Fällen von Hirngeschwülsten 19mal die Operation empfohlen. Allein nur in einem einzigen Falle wurde eine Heilung wenigstens für eine Dauer von $1^1/_2$ Jahren erzielt; 3mal wurde eine länger dauernde Besserung gesehen. Dieses sehr wenig befriedigende Resultat stimmt überein mit der großen Statistik von Knapp. Trotzdem ist eine Vervollkommnung unserer Leistungen für die Zukunft zu erhoffen. Die Verfeinerung der Diagnostik, bei der besonders die Neisser'sche Hirnpunktion gerühmt wird, wird uns weiter bringen; die neueren Erfahrungen berechtigen zu der Hoffnung, daß mit Erfolg die Kleinhirngeschwülste in größerer Zahl und manche Geschwülste des Kleinhirnbrückenwinkels in den Kreis der Operation gezogen werden können.

Sehr viel erfreulicher sind unsere Erfolge bei Rückenmarkshautgeschwülsten. Die Diagnostik ist hier sicherer. S. ließ bis jetzt 13 Fälle operieren, von denen 6 völlig geheilt, einer dauernd erheblich gebessert wurde. **Haeckel** (Stettin).

29) **Strauss.** Die hysterische Skoliose.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

S. bringt aus der Greifswalder chirurgischen Klinik einen Fall von hysterischer Skoliose nach Unfall (starke Beugung nach der Seite, um das Herabgleiten einer schweren Last Steine von einer Tragbahre zu verhüten): Der 52jährige Mann hatte eine flach bogenförmige Biegung der Wirbelsäule mit Konvexität nach links,

so daß die Brustwirbelsäule gegen den Lendenabschnitt einen Winkel von 30° bildete. Torsion der Wirbel fehlte. Die rundlichen Wülste des Erector trunci fühlten sich bretthart kontrahiert an. Sicherte schon die Anamnese, der Gesamthabitus und die Beschwerden des Pat. die Diagnose der traumatischen Hysterie, so gewann sie unumstößliche Gewißheit durch den Umstand, daß im Ätherrausch die Verbiegung sich leicht korrigieren ließ und damit definitiv beseitigt blieb.

Im Anschluß daran bringt S. die in der Literatur niedergelegten Fälle dieser seltenen Affektion in vier Gruppen: 1) statische hysterische Skoliose, a. Pseudoischias scoliotica (Binswanger), b. die hysterische Hüfthaltung Salomonson's. 2) Essentielle hysterische Skoliose, a. die seitliche Verkrümmung ist kombiniert mit einer solchen in der Frontalebene, b) hysterische Skoliosen im engeren Sinne ohne frontale Verbiegung. **Haeckel** (Stettin).

30) **Makara.** Über Echinokokkus strumae.

(Sitzungsberichte der med. Sektion des Erdélyer Museum-Vereins Bd. XXVIII.)

Echinokokken der Schilddrüse sind äußerst selten, in der Literatur finden sich ihrer kaum 25. Verf. operierte in der Klausenburger chirurgischen Klinik eine 48jährige Frau, die seit 24 Jahren einen mäßigen Kropf hatte; sie befaßte sich viel mit Hunden. Seit einem Jahre wuchs die rechte Seite ihres Kropfes, seit 8 Monaten trat Heiserkeit ein; beim Liegen häufig Erstickungsanfälle. Die Ausschälung der Geschwulst erfolgte aus dem Kocher'schen Lappenschnitt, in ihr befand sich eine unilokulare Echinokokkusblase. Glatte Heilung.

Die Echinokokken der Schilddrüsen sind selten, Henle berichtet im Jahre 1895 nur über 21 derartige Fälle; in 9 Fällen bestanden Atembeschwerden, in 4 Fällen trat der Tod ein, teils durch Erstickung, teils infolge von Durchbruch der Echinokokkusblase in die Luftröhre. **P. Steiner** (Klausenburg).

31) **Makara.** Über die Geschwülste der Glandula carotica. (Aus der chir. Universitätsklinik in Koloszvár.)

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 43.)

M. bespricht auf Grundlage eines operierten Falles die pathologische Anatomie und Klinik der Geschwülste der Glandula carotica. Keen und Funke berichteten in ihrer Sammelarbeit (s. Referat Zentralbl. f. Chir. 1906 Nr. 52, 1907 Nr. 39 u. 45) über 29 im Leben und teilweise nach dem Tode festgestellte Carotisdrüsengeschwülste. Diese Geschwülste zeigen gewöhnlich eine typisch-alveoläre Struktur; in den Alveolen finden sich polymorphe Zellen; das Septum kann nur von Kapillaren oder von hyalinem Bindegewebe gebildet werden. Die Geschwülste der Carotisdrüse zeigen eine auffallende Homologie mit der normalen Drüse, nur fehlen die charakteristischen Nervenelemente. — Verf. hält die Bezeichnung »alveoläre Geschwulst« gegenüber von Endotheliom, Peritheliom usw. dem pathologisch-histologischen Bild entsprechend für berechtigter. Er bespricht weiter die Symptomatologie und die Gefahren der Operation, die den Kranken durch die oft unvermeidliche Carotisunterbindung resp. Carotisresektion bedrohen. Kaufmann u. Ruppauer (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1905 Bd. LXXX) berichten unter 15 Carotisunterbindungen in vier Fällen über schwere zerebrale Symptome, in zwei Fällen mit tödlichem Ausgang. Im Falle vom Verf. hatte der 18jährige Kranke vor 2 Jahren an der rechten Halsseite eine kleine Geschwulst bemerkt, die bei der Aufnahme taubeneigroß war und Schluckbeschwerden verursachte. Die Operation wurde unter der Annahme begonnen, daß eine Struma accessoria vorliege. Die Exstirpation der Geschwulst war nur unter Wegnahme der in dieser verlaufenden Carotis comm. und Resektion der Carotis ext. und int. durchzuführen, die Vena jugularis und die Nervenstämme konnten geschont werden. Am 2. Tage nach der Operation stellte sich Fieber (39,5° C) ein, bald nachher linksseitige Hemiplegie, Schluckbeschwerden, Sopor. Der Tod erfolgte nach 3 Tagen; die klinische Diagnose lautete auf Gehirnerweichung infolge Unterbindung der Carotis comm. Die Obduktion zeigte, daß in der rechten Art. fossae Sylvii ein 3 cm langer Thrombus, eine ischämische

Erweichung der Hörner der rechten Seitenkammer vorliege. Die exstirpierte Geschwulst war 4 cm lang, 3 cm breit, 3,2 cm dick in einer fibrösen Kapsel, die Carotis comm. war in einer Länge von 1 cm, die Carotis ext. und int. in einer Länge von 2—3 cm mit der hinteren Wand der Geschwulst eng verwachsen. Die histologische Untersuchung ergab das Bild einer alveolären Geschwulst der Carotisdrüse mit fibrösem Stroma, mit großen epithelartigen Zellen in den kleineren und größeren Alveolen. **P. Steiner** (Klausenburg).

32) **W. E. Lunzer.** Über die Behandlung tiefsitzender Fremdkörper des Ösophagus. (Aus der chir. Klinik in Königsberg. Prof. Lexer.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

In dem mitgeteilten Falle hatte Pat. 1¼ Jahr vorher sein aus Kautschukplatte mit 4—5 Zähnen bestehendes künstliches Gebiß verschluckt und war dieses tief in der Speiseröhre stecken und seitdem sitzen geblieben; erst seit ¼ Jahr bestanden Beschwerden, schließlich auch eine schwere beiderseitige Bronchitis. Das Gebiß saß oberhalb der Cardia, ließ neben sich dicke Sonden bis in den Magen gelangen, war mit dem Ösophagoskop nicht sichtbar zu machen, aber mit Röntgendurchleuchtung, und zwar erst in rein frontaler Stellung deutlich erkennbar; die Platte stand frontal, die Zahnkrümmung nach aufwärts, die Enden der Bögen nach abwärts. Bei der Gastrotomie wurde zunächst nur ein kleiner Schnitt angelegt, durch den der Finger, dicht abschließend, in die Cardia und Speiseröhre eingeführt werden konnte; da er den Fremdkörper nicht fühlte, wurde der Schnitt erweitert und mit der ganzen mit Gummihandschuh bedeckten Hand in den Magen eingegangen. Nun gelang es, das in einer Ausbuchtung sitzende Gebiß, über das sich die Schleimhaut faltenartig hinüberlegte, zu tasten, die Cardia herabzuziehen und mit gebogener Kornzange den Fremdkörper zu fassen und zu entfernen; die Blutung war infolge der Narbenbildung in der Speiseröhre gering. Naht der Magenwunde usw. Heilung. **Kramer** (Glogau).

33) **B. Hacker.** Beitrag zur Behandlung der Fremdkörper in der Speiseröhre. (Aus der chir. Klinik zu Greifswald. Prof. Friedrich.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

Von den mitgeteilten fünf Fällen war der erste dadurch bemerkenswert, daß trotz 4 Monate langen Verweilens eines Gebisses in der Speiseröhre und trotz der Tiefe seines Sitzes (22 cm) die Extraktion nach oben durch die Ösophagotomiewunde gelang, daß Ösophagus- und Bronchialdekubitus die schwersten Komplikationen herbeiführten und durch Speiseröhrenausschaltung mittels Gastrostomie die tiefsitzende Speiseröhren-Bronchialfistel zur Heilung geführt wurde. — Der zweite Fall von Ösophagotomie bei bereits bestehender infektiöser Periösophagitis und Strumitis und schwerer Allgemeinerkrankung führte rasch zum Tode; der Fremdkörper (Knochenstück) hatte vielfache Druckgeschwüre mit Durchbruch nach außen herbeigeführt und war schließlich in den Magen gelangt. Einen günstigen Verlauf nahm der dritte Fall, in dem eine Kravattenklammer durch die äußere Ösophagotomie wenige Stunden nach ihrem Verschlucktwerden entfernt werden konnte. In den übrigen zwei Fällen gelang die Extraktion der Fremdkörper (Gebißplatte, Sporenrad) auf unblutigem Wege mittels des Weiss'schen Grätenfängers, dessen Brauchbarkeit durch Anbringen einer von Prof. Friedrich angegebenen Fixationsvorrichtung erhöht wird, in vorzüglicher Weise. **Kramer** (Glogau).

34) **R. M. Parker.** Pleural fistula.

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. V. Hft. 3.)

Nach einer einleitenden Literaturübersicht über Lungenhautfisteln (28 Nummern) berichtet Verf. kurz über einen selbst beobachteten Fall, der eine 27jährige Frau betraf. Die Fistel hatte sich nach Aspiration von Erbsenhülsen auf dem Boden eines Lungenabszesses entwickelt. Ein operativer Eingriff (Resektion von 4 Rippen, Ausschabung und Verödung der Abszeßhöhle und Verschluß der Lungenöffnung

durch Naht des umgebenden Lungengewebes in zwei Etagen) blieb ohne Erfolg, indem sich nach 1 Monat die Fistel wieder ausgebildet hatte.

Einige Mitteilungen über resultatlos verlaufene Versuche, experimentell an Hunden Lungenfisteln zu schaffen, schließen die übersichtliche Arbeit.

Strauss (Nürnberg).

35) **Teizo Iwai.** Relation of polymastia to tuberculosis.

(Lancet 1907. Oktober 5.)

Verf. untersuchte 6274 Individuen und fand darunter 315 Fälle von Polymastie, unter 3665 männlichen Geschlechtes 120 Fälle = 3,27%, unter 2609 weiblichen Geschlechtes 193 = 7,58%. Unter der Gesamtzahl der Fälle waren 1449 mit ausgesprochener oder verdächtiger Tuberkulose. Von diesen hatten 119 Polymastie = 8,1%. Verglichen mit den 4825 nicht tuberkulösen Pat., fanden sich hierbei 196 Fälle = 4,06% mit Polymastie. Unter 315 Fällen von Polymastie fand also Verf. 119 Tuberkulöse = 37,77%, unter 5989 nicht mit Polymastie Behafteten 1330 Tuberkulöse = 22,31%.

Verf. kommt also zu folgenden Schlußfolgerungen:

1) daß Polymastie mehr unter Tuberkulösen, speziell Lungentuberkulösen, gefunden wird, als unter Nichttuberkulösen;

2) daß Individuen mit Polymastie mehr der Tuberkulose ausgesetzt sind, als nicht mit der Anomalie Behaftete; der Unterschied beträgt mehr als 15%.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

36) **R. Morton and H. E. Jones.** The treatment of mammary carcinoma by the local injection of pancreatic ferment.

(Lancet 1907. September 28.)

Verff. wiederholten die mannigfachen Versuche, die neuerdings angestellt sind, um das Wachstum des Karzinoms mit Hilfe von Pankreasferment zu beeinflussen. Die Injektionen wurden von den Verff. bei Brustkrebs angewandt, und zwar in einer Menge von 15—20 μ (1—2 ccm); sie wurden in und in die Nähe der Geschwulst mit allen Vorsichtsmaßregeln gemacht. Irgendein günstiger Erfolg wurde nicht gezeitigt, im Gegenteil; zum Teil folgte, und zwar offenbar in ursächlichem Zusammenhange, rapide Aussaat der bösartigen Geschwülste.

Mitteilung von vier Krankengeschichten. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

37) **P. Steiner.** Beiträge zur operativen Behandlung des Brustdrüsenkrebses.

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 46.)

Verf. bespricht die in den letzten 10 Jahren an der Dollinger'schen Klinik beobachteten Fälle von Brustkrebs. Es wurden 170 Fälle während dieses Zeitraumes operiert; Heredität wurde in 3%, chronische Entzündung in 6,6%, Trauma in 17% als prädisponierendes Moment nachgewiesen. Bei Männern wurde der Krebs der Brustdrüse in 2,6% beobachtet. Die regionären Drüsen waren in 74% beteiligt, Exulzeration bestand in 17% der Fälle. Eine 5jährige Rezidivfreiheit wurde in den nach der Heidenhain'schen Methode operierten primären Fällen in 10%, in den nach der Halsted-Kocher'schen Methode operierten primären Fällen in 27% erzielt. In den wegen Rezidiv operierten Fällen beobachtete Verf. eine 5jährige Rezidivfreiheit in 21%. Die Rezidive entstanden und führten in der Hälfte der Fälle im 1. Jahre zum Tode. (Selbstbericht.)

38) **Sándor.** Bauchwandgeschwulst infolge von Entzündung um Fremdkörper. (Aus der chir. Universitätsklinik in Kolozsvár.)

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 47.)

Verf. berichtet über einen Fall analog dem, den Richter (Zentralblatt für Chirurgie 1907 Nr. 47) beschrieb. Bei der 51jährigen Frau bestand seit ca. 10 Mo-

naten im linken Hypogastrium eine faustgroße, mäßig mobile Geschwulst. Bei der Operation fand sich, daß die Geschwulst mit dem M. transversus, dem Netz, dem Lig. latum uteri und dem Lig. teres verwachsen war. In der Geschwulst wurde eine 5 cm langes, 2 mm breites Knöchelchen gefunden, wahrscheinlich aus dem Darme herstammend. Die Geschwulst bestand aus derbem, schwieligem Narbengewebe mit kleinen Granulationen um den Fremdkörper. Glatte Heilung.

P. Steiner (Klausenburg).

39) **Kaestle.** Bolus alba und Bismutum subnitricum, eine für die röntgenologische Untersuchung des Magen-Darmkanales brauchbare Mischung.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 4.)

Gegenüber Hildebrand nimmt Verf. (mit Recht — Ref.) die Priorität für Rieder in Anspruch, die systematische Verwendung größerer Wismutmengen für die Zwecke der Röntgenoskopie und Röntgenographie des Magen-Darmkanales angegeben zu haben. Trotz außerordentlich zahlreicher Verwendung des Wismutwassers und Wismutbreies sind im Institut von Rieder Belästigungen von Belang für den Pat. oder gar ernstere Störungen nie beobachtet worden. (Auch Ref. hat größere Dosen — 50 g und mehr — ohne jegliche Belästigung für den Pat. angewendet.) Um nun aber allzugroße Dosen zu vermeiden, hat Verf. als Suspensionsmittel für das Wismut Bolus alba benutzt und erhielt dabei durchaus genügende Schattenbilder, wenn auch reine Wismutbilder besser ausfielen. Nach den Versuchen von Stumpf und Verf. sind Dosen von Bolus in der Höhe von 250 bis 300 g pro Tag völlig unschädlich und von keiner unangenehmen Wirkung begleitet.

Bei Kindern mittleren Alters wendet Verf. ca. 60 g Bolus auf 150 ccm Wasser an, bei Säuglingen 30 g Bolus auf 70—100 ccm Wasser, wodurch die nach Hildebrand bestehende Gefahr der Vergiftung durch Wismut für Kinder ausgeschlossen wird.

Das Verhältnis von Wismut zu Bolus soll im allgemeinen 1 : 3 nicht überschreiten.

Die Herrichtung der verschiedenen Mischungen ist im Original nachzulesen.

Gaugele (Zwickau).

40) **Labougle.** Lésion de l'abdomen par coup de feu; hématémésis, hématurie. Lésion probable de l'estomac et contusion rénale. Guérison sans intervention chirurgicale.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1907. Oktober.)

Der Überschrift ist noch hinzuzufügen, daß es sich um ein Lebel-Stahlmantelgeschoß (8 mm) handelte, das auf 15 cm Entfernung durch Unvorsichtigkeit in die linke Rippenbogengegend eindrang und in der rechten Lendengegend austrat, so daß der Bauch diagonal durchsetzt wurde. Außer vorübergehendem Blutbrechen und kurzdauernder Hämaturie waren zunächst keine bedrohlichen Erscheinungen vorhanden. Deswegen bekam der Verwundete nur einen trockenen Verband, ohne daß die Laparotomie ausgeführt wurde. Während der ersten Tage wurde absolute Enthaltung von Speisen und Getränken innegehalten; außerdem Morphium subkutan gegeben. Wenn ein derartiges Verhalten im Krieg auch gerechtfertigt erscheinen mag, so glaubt Ref., daß in Friedenszeiten — wie sie hier vorhanden waren — doch immer bei derartigen Fällen die Laparotomie gemacht werden sollte. **Herhold** (Brandenburg).

41) **Jaboulay.** La gastrostomie évacuatrice et le drainage de l'estomac dans certaines formes de péritonite diffuse.

(Arch. prov. de chir. 1906. Nr. 11.)

J. hat in zwei Fällen von schwerer Peritonitis die Gastrostomie ausgeführt. Beide Pat. sind von ihrer Krankheit genesen. Bei beiden stand neben den übrigen

Symptomen das permanente Erbrechen im Vordergrund. J. empfiehlt die Gastrostomie warm zur Behandlung der Peritonitis und hält sie indiziert, wenn im Krankheitsbilde das Erbrechen überwiegt; besteht starke Auftreibung des Leibes, so hält er die Enterostomie für angezeigt. Neben diesen Eingriffen soll selbstverständlich eine gründliche Drainage des infizierten Bauchraumes nicht vernachlässigt werden

Müller (Dresden).

42) **A. Schönwerth.** Bericht über 100 Blinddarmoperationen. (Aus dem kgl. Garnisonlazarett München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

Die Operation wurde im Frühstadium innerhalb der ersten 48 Stunden 23mal 1 †), im intermediären 7mal (1 †), bei Abszessen 21mal, bei Peritonitis 6mal (3 †), im freien Intervall 40mal, unter irriger Diagnose (Peritonealtuberkulose, Hysterie, Pneumonie!) 3mal vorgenommen; in 35 Fällen waren ein oder mehrere Anfälle vorausgegangen. Unter den ersterwähnten 23 Fällen war 11mal die Disharmonie zwischen Puls und Temperatur auffallend, 9mal unter diesen der Wurmfortsatz schwer verändert; im ganzen fanden sich 5 Perforationen, 8mal Schleimhautgangrän, 5mal Geschwüre und 5mal geringe Veränderungen am Wurmfortsatz, 8mal Kotsteine. Von den 21 Abszeßfällen zeigten später 7 Komplikationen (Pleuraergüsse, Peritonitis, Ileus usw.), und zwar diejenigen, bei denen der Wurmfortsatz nicht entfernt worden war. Die 3 geheilten Fälle von operierter Peritonitis waren durch das Fehlen von Verklebungen bei reichlichem eitrig-serösem Exsudat ausgezeichnet. Von den im freien Intervall Operierten ist einer einer diffusen Peritonitis erlegen. **Kramer** (Glogau).

43) **Milkó.** Appendicitis und Ileus.

(Budapesti Orvosi Ujság 1907. Nr. 43.)

Verf. sammelte seine Erfahrungen am reichen Materiale der v. Herczel'schen Abteilung des St. Rochuskrankenhauses in Budapest. Er bespricht die mannigfaltigen Formen von Ileus, welche im Verlaufe der Wurmfortsatzentzündung auftreten können. Während im Beginne des Anfalles der Ileus meist ein dynamischer, durch entzündliche Darmlähmung bedingter ist, überwiegt im späteren Verlaufe der mechanische Ileus. Dieser kann bedingt sein durch Douglasabszesse, die den Mastdarm und S romanum verlegen, noch häufiger aber durch Verwachsungen, welche auf vielfache Weise den Darmverschluß verursachen können. Eine besondere Wichtigkeit kommt auch der von Pólya zuerst beschriebenen, durch Thrombophlebitis mesaraica bedingten Ileusform zu. Verf. erläutert seine Auseinandersetzungen durch mehrere selbst beobachtete und operierte Fälle; unter anderen beschreibt er einen schweren Fall von Adhäsionsileus, der nach Eröffnung eines Douglasbszesses auftrat. Bei der Operation waren die unteren Ileumschlingen nicht nur im kleinen Becken sehr fest verwachsen, sondern auch um ihre Mesenterialachse um 180° gedreht. Nach Retorsion der Schlinge und Lösung aller Verwachsungen Heilung. **P. Steiner** (Klausenburg).

44) **H. Flörcken.** Der Processus vermiformis als Inhalt eines Nabelbruches. (Aus der Würzburger chir. Klinik. Prof. Dr. Enderlen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

In vorliegendem Falle handelte es sich um einen Sektionsbefund. Bei einem 5jährigen Kinde bestand neben einer adhäsiven Peritonitis tuberculosa eine Tuberkulose des Processus vermiformis, der, an seiner Spitze perforiert, durch einen ganz kurzen, zum Teil obliterierten Fistelgang mit dem Nabel kommunizierte und sich in einem Nabelbruche befand. Bei Lebzeiten des Kindes war in dem nachgewiesenen Strange das entzündlich verdickte Lig. vesico-umbilicale medium vermutet worden. **Kramer** (Glogau).

45) v. Verebély. Über Netztorsion.

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 34.)

Bei einem 35jährigen Manne, der seit vielen Jahren einen rechtsseitigen Leistenbruch ohne besondere Beschwerden hatte, traten während eines Kegelspieles plötzlich Bauchschmerzen, Koliken auf; Einklemmung des Bruches konnte nicht konstatiert werden. Die 48 Stunden nach den ersten Symptomen vorgenommene Operation zeigte, daß es sich um eine intraabdominale fünffache Drehung des nicht verwachsenen Netzes handelte. Resektion des Netzes, Heilung. Der Fall ist in der Literatur der 51. **P. Steiner** (Klausenburg).

46) Kermauner. Phlegmone des Magens in der Schwangerschaft.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Bei einer Schwangeren mit Lungentuberkulose traten zunehmend schwere Erscheinungen von Peritonitis ein, die zur Unterbrechung der Schwangerschaft und nach einigen Stunden zum Tode führte. Die Diagnose war auf tuberkulöse Peritonitis gestellt worden, die Sektion ergab aber eitrige Peritonitis, ausgehend von einer Phlegmone des Magens; eine Ursache für letztere in Form einer Schädigung der Schleimhaut ließ sich nicht finden. Der Fall zeigt zum ersten Male, daß auch in der Schwangerschaft Magenphlegmone vorkommen kann, und läßt daran denken, ob nicht manche Fälle von Magenphlegmone, die als puerperal-septische Metastasen angesehen worden sind, nicht schon primär in der Schwangerschaft sich entwickelt haben. **Haeckel** (Stettin).

47) A. Jianu (Bukarest). Das peptische Geschwür des Jejunum nach Gastroenterostomie.

(Revista de chir. 1907. September.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von peptischem Geschwür aus der Klinik von T o m a J o n e s c u, von denen der eine etwa ein Jahr nach der Operation zur Beobachtung gelangte und der andere nach 2 Jahren. Diese nach Gastroenterostomien auftretende Komplikation beruht auf der Einwirkung hyperaziden Magensaftes, der sich nach der Ansicht von H a y e m infolge von Veränderungen, welche in den pylorischen Drüsen stattfinden, entwickelt. Es folgt hieraus, daß die Anastomose zwischen Magen und Jejunum möglichst weit entfernt vom Pylorus zu machen ist.

In den Fällen, in welchen die Operation wegen Krebs gemacht wurde, entwickelt sich ein derartiges Geschwür nicht, da in diesen Fällen kein hyperazider Magensaft vorhanden ist. **E. Toff** (Braila).

48) Schulz. Atropin bei Ileus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

S. empfiehlt warm die subkutane Injektion von Atropin (0,002, event. mehrere Male wiederholt nach 4—8—12 Stunden). Der ersten Injektion schickt man zweckmäßig eine Injektion von 0,012 Morphium voraus. Im Durchschnitt erfolgt die erste Stuhlentleerung beim spastischen Ileus nach 16, beim paralytischen nach 20, beim mechanischen nach 24 Stunden. Verf. hat 34 Fälle damit behandelt; auch in Fällen von mechanischem Ileus soll Heilung eingetreten sein. S. hat an sich selbst — er leidet an Knickung des Querkolon durch einen Strang; auch durch Laparotomie ließ sich das Leiden nicht beseitigen — mit bestem Erfolge bei wiederholten Ileusattacken das Atropin angewendet. **Haeckel** (Stettin).

O r i g i n a l m i t t e i l u n g e n, M o n o g r a p h i e n und S o n d e r d r u c k e wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 2. Sonnabend, den 11. Januar 1908.

Inhalt.

I.

Zur Fascien- und Hautnaht.

Von

Dr. Paul Sick,

Dirigierender Chirurg am Diakonissenhaus in Leipzig.

In dem Zentralblatt für Gynäkologie 1907 Nr. 41 p. 122 empfiehlt O. v. Herff die »Flächennaht nach Noble bei Fascienwunden« warm als das sicherste Mittel zur Verstärkung der Fascien und Vermeidung von Bauchbrüchen — natürlich abgesehen von der glatten aseptischen oder vielmehr antiseptischen Nahttechnik. Die Verstärkung der Fascie durch Übereinandernähen ihrer Schnittränder sei 1902 von Lucas Championnière für die Radikaloperation des Leistenbruches empfohlen und von Noble auf alle Bauchoperationen ausgedehnt worden.

Schon seit einer Reihe von Jahren verstärkt Th. Kocher bei seiner Radikaloperation der Inguinalhernie die Fascie des Obliquus externus durch Faltung, verengert zugleich den Leistenkanal und den subkutanen Leistenring durch seine »Kanalnaht«. Da er hierbei die Fascie nicht spaltet, ist für die Sicherung der Raffnaht Seide nötig. Spaltet man die Fascie und scheuert sie weiterhin, um sie übereinanderzunähen, blank, so ist wohl trotz des großen Meisters Abneigung gegen Catgut dieses in Form des schwer resorbierbaren Jod-

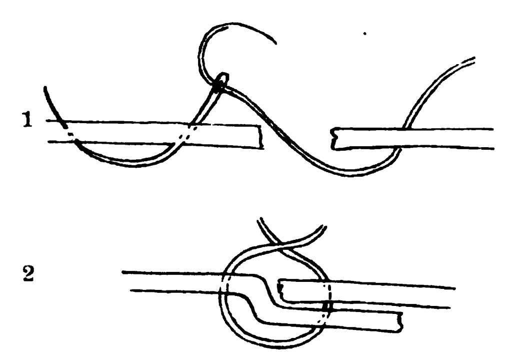
catgut[1] vorzuziehen. Mit Kocher's Technik ist ganz gewiß dieses Catgut der Seide gewachsen, wie er sich selbst durch Vergleich überzeugen müßte, statt andere Statistiken gegen das Catgut heranzuziehen[2]. Verfügt man aber nicht über die Sicherheit von Kocher und seiner Hilfskräfte, so bringt das Catgut zumal in antiseptischem und schwer resorbierbarem Zustand Heilungen, wo die Seidennähte als bleibende Fremdkörper — Schlupf- und Brutwinkel für Bakterien — herauseitern würden. Das entspricht wohl den praktischen Erfahrungen vieler, das beweisen auch die statistischen und experimentellen Arbeiten der Leipziger Frauenklinik, wie sie kurz in Döderlein-Krönig, Operative Gynäkologie, 2. Auflage, 1907 p. 27, 41 und 115 ff. niedergelegt sind.

Bisher war ich der Meinung, daß viele Chirurgen ähnliche Fascienverdoppellungsnähte anlegen, wo sie sich, wie bei der Inguinalhernie, bei der Perityphlitisoperation usw., sozusagen von selbst anbieten. So sah ich schon in der Greifswalder Klinik von Helferich vor 10 Jahren gelegentlich solche Verstärkung der gespaltenen Fascien durch Übereinandernähen und habe diese Verdoppelungsnaht schon seit Jahren grundsätzlich in allen geeigneten Fällen geübt, worunter ich allerdings nicht die Linea alba-Naht rechne, welche wenigstens in den oberen zwei Dritteln des Abdomens so massive Schnittflächen bietet, daß ihre genaue Adaption entschieden besser ist als ihre Übereinanderlagerung. Gerade hier kann man auch bei dem Nahtversuch selbst mit stielrunden Nadeln, die für diese Nähte vorzuziehen sind, besonders leicht stärkere Einrisse seitlich der Mittellinie bekommen, und erreicht das Gegenteil des Erstrebten. In jedem Falle haften aber die breiten Schnittflächen der verfilzten Mittelfascien sicherer als ihre übereinandergelagerten Flächen. Handelt es sich dagegen um dünnere Fascien, wie bei den Perityphlitisschnitten, deren Kontrolle nicht selten durch nachfolgende Radikaloperation oder Beseitigung eines Bauchbruches nach teilweiser Drainage in den verschiedensten Stadien möglich ist, so kann man an älteren Fällen beobachten, daß die Fascie in dem Übernähungsgebiet auf mehr als das Doppelte verdickt ist, und daß ihre Ränder ganz allmählich auf das Fascienblatt übergehen, vergleichbar der Callusbildung bei disloziert geheilten Knochenbrüchen. Eine derartige flächenhafte Fascienverstärkung können in der gewöhnlichen Weise angelegte Seidennähte nicht machen, da eine Bindegewebsneubildung, wie man sie bei Sehnenplastik beobachten kann, um die quer und in Abständen gelegten Fasciennähte nicht zustande kommt. Außerdem läßt sich ein teilweises Klaffen solcher Nähte und Lückenbildung in der Fascie, Durchtritt von Fetträubchen, wie v. Herff gleichfalls betont, schwer verhüten.

[1] Das Jodcatgut von Schmidt-Billmann in Mannheim hat sich auch uns bewährt; ebenso sein steril präpariertes Catgut in Trockenpackung außerhalb des Krankenhauses. Die Herstellung dieses Catguts ist wohl die zurzeit einfachste und sicherste auch ohne sterile Catgutgewinnung (Kuhn).

[2] Vgl. Kocher, Operationslehre. 5. Aufl. p. 715.

Macht man aber die Verdoppelungsnaht der angefrischten und gespaltenen Fascie mit einerseits gewöhnlicher, andererseits Lembert-Naht (vgl. die Skizze im Frontalschnitt) so ist die Seide überflüssig und kann direkt schädlich werden.



Fascienverstärkungs- (Lembert-) Naht von der Seite gesehen (schematisch).
1 während der Anlegung; 2 zusammengezogen.

Auch wenn man beim Muskelgitterschnitt oder Kreuzquerschnitt die jeweils in der Faserrichtung gespaltenen und auseinander gedrängten Muskeln wieder mit einigen Knopf- oder fortlaufenden Catgutnähten vereinigt, was wegen des möglichen Hustens oder Meteorismus der ersten Tage entschieden ratsam ist, so findet man bei einer späteren Nachoperation im Nahtbereich kräftige Fascienbildung, welche unter der Wirkung des Jodcatgut befördert ist. Von Seidennähten stehen mir allerdings ähnliche Nachuntersuchungen nicht zu Gebote, da ich nur einzelne Fälle zu Gesicht bekam; nicht selten mit kleineren oder größeren Nahtabszessen. Bei einer kürzlich ausgeführten Hernienrezidivoperation, $^1/_2$ Jahr nach dem ersten Eingriff, die ich wegen der Schmerzhaftigkeit des uhrglasförmigen nicht reponiblen Rezidivs vornahm, lag jeder Bassinifaden in einem linsengroßen Abszeßchen, während Entzündungserscheinungen der oberflächlicheren Gewebsschichten vollständig fehlten. Die Abszeßchen enthielten eine große Anzahl Staphylokokken, wie in den Untersuchungen Haegler's.

Es geht wohl aus diesen Ausführungen hervor, daß sie nicht aus Prioritätsgründen geschrieben sind, sondern unter dem Eindruck der Mitteilung von Prof. v. Herff, nach der es mir nützlich schien, auf gute Erfahrungen mit der Fascien-Lembertnaht hinzuweisen, Erfahrungen, die vielleicht doch nicht von so vielen Chirurgen gemacht sind, als ich bei der Einfachheit der Methode annahm. Es wäre erfreulich, wenn diese Naht auch von anderen nutzbringend angewandt würde, die sie zurzeit noch nicht ausüben.

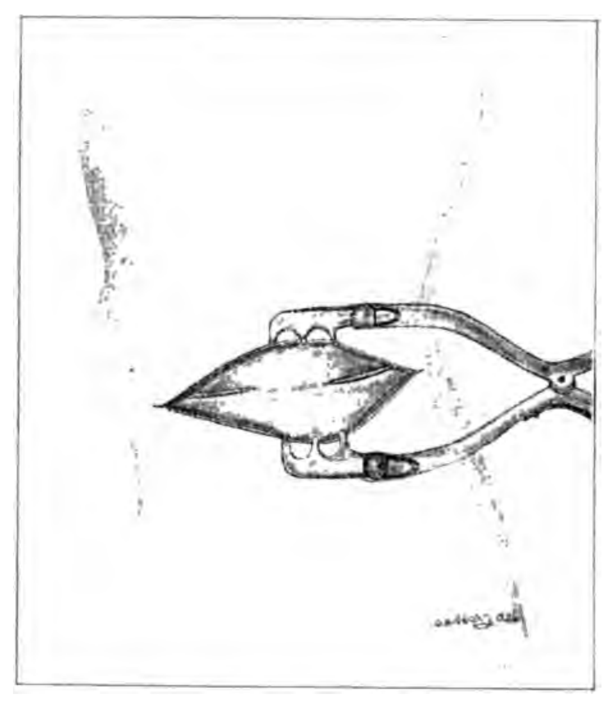
Die Jodcatgutnaht genügt rein fortlaufend oder durch einige Knoten in größeren Abständen unterstützt für die Schichten der Bauchwand und ähnliche Wunden[3] in all den Fällen, wo nicht ab-

[3] Auch eine ganze Reihe von Darmnähten habe ich im Hinblick auf die Sicherheit des Murphyknopfes, allmählich von kleineren Anforderungen bis zur

mit Kanonen nach Spatzen, als sei die Behandlung schlimmer als das Leiden.

Mir hat sich in einer Reihe von Fällen ein Verfahren bewährt, das die erwähnten Bedingungen am besten zu erfüllen scheint.

Ein seitlicher, horizontaler, 6—8 cm langer Schnitt durchtrennt 1—$1^1/_4$ cm distal von der Gelenklinie und parallel mit ihr die Haut bis auf die Kapsel. Bei der Operation auf der medialen Seite kann der Ramus infrapatellaris vom Saphenus unters Messer fallen. (Dann bleibt später eine Gefühlsstörung in einem kleinen Bezirke medial und unterhalb der Patella.) Die Vena saphena kann im hinteren Winkel



Die Braatz'sche Sperre hält die Hautwunde auseinander. Am oberen Rande des Meniscus ist vorn und hinten die Kapsel eröffnet; in der Mitte bleibt ein Streifen unversehrt erhalten.

der medialen Wunde erscheinen. Mit einem schmalen Masser (einem geraden Tenotom) eröffnet man dann am oberen Meniscusrand und parallel mit ihm im vorderen Wundwinkel etwa 2—3 cm lang das Kniegelenk, trennt nun den Meniscus von der Kapsel ab, faßt ihn mit einer (Kugel-) Zange, zieht ihn heraus und löst ihn von seiner (vorderen) Verbindung mit dem Lig. transversum genu ab. Das Messer legt dann einen dem vorderen gleichen, 2—3 cm langen, horizontalen, dem oberen Meniscusrande parallelen Schnitt im hinteren Wundwinkel an, so daß also ein 2—3 cm breiter Kapselstreifen in der Mitte unversehrt erhalten bleibt. Wieder trennt man nun den

Meniscus von der Kapsel und faßt ihn. Vorsichtig löst dann von der vorderen Wunde aus das Tenotom den Rest des Meniscus von der Innenseite des (unversehrten) Mittelstreifens ab. Die Zange zieht ihn aus der hinteren Wunde heraus; ein kleiner Schnitt trennt seine rückwärtigen Verbindungen. Damit ist die Exstirpation beendet. Sie gelingt leicht und schnell. Die Schnittlegung erlaubt einen ausgezeichneten Überblick über die vordere und hintere Hälfte des Gelenkes und schont ausgiebig die wichtigen Seitenverbindungen.

Für ein gutes Resultat (und jedes Resultat kann und muß ein ideales sein) ist die weitere Behandlung wichtig.

Die Kapsel wird mit Seide in Knopfnähten geschlossen, darüber die Haut vernäht. Die Schnittführung hat dafür gesorgt, daß die beiden Wunden nicht aufeinander liegen. In den hinteren Wundwinkel pflege ich einen Gazedocht bis in die Kapselwunde einzulegen, um etwaige Blutungen nach außen zu leiten. Gefäßunterbindungen sind bei der Operation, die unter Esmarch's Abschnürung vorgenommen wird, in der Regel nicht nötig.

Das Ganze deckt ein aseptischer Verband. Das Knie wird auf eine Gipsschiene gelegt, die am 4. Tag entfernt wird. Zur gleichen Zeit beginnen passive Bewegungen. Der Pat. wird angehalten, im Laufe des Tages seinen Oberschenkel mit beiden Händen auf- und abzuheben. Der nächste (5.) Tag bringt die Entfernung des Gazedochtes, einen neuen, kleinen, aseptischen Verband und vermehrte Bewegung. Am 8. Tage steht der Pat. auf und geht umher, beginnt bald Treppen zu steigen usw. Nahtentfernung erfolgt am 10., Entlassung am 14. Tage.

Die frühen (passiven und aktiven) Bewegungen, das Gehen verursachen gar keine Schmerzen, keine Zerrungen oder Störungen im Wundverlaufe, verhindern aber die Versteifung und geben den Pat. schon nach 2—3 Wochen seinem Berufe wieder.

Das Knie ist im Anfange gewöhnlich geschwollen und enthält Serum. Das hindert aber des Pat. Stehen oder Gehen durchaus nicht. Unter Übungen (Knieschwingen), durch den Gebrauch geht die Geschwulst im Laufe der nächsten 6—8 Wochen langsam und sicher zurück, ohne, ich wiederhole es, den Operierten im geringsten belästigt zu haben. Ein Pat. unternahm in der 4. Woche p. op. eine Bergtour über schwierigstes Lavageröll ohne Beschwerden und Nachteil.

Ich habe das Verfahren wiederholt angewandt und kann es nach bestem Wissen und Gewissen empfehlen.

Auckland (Neuseeland), am 1. Oktober 1907.

---

1) **Wieder.** Regeneration of bone. An essay, dealing with the repair of simple fractures and the regeneration of bone after partial injury and subperiostal resection.

(University of Pennsylvania med. bull. 1907. Nr. 7—9.)

W. hat in 15 am Schluß der Arbeit ausführlich mitgeteilten Experimentenreihen an Hunden und Kaninchen die Frage der Knochenregeneration studiert, besonders mit Rücksicht auf die Verhältnisse bei subkutanen Frakturen, Knochenquetschungen, Knochenwunden und subperiostalen Resektionen. Die einzelnen Phasen der Regeneration werden an 36 Photogrammen bzw. Mikrophotogrammen erläutert, die Technik wird genau erörtert. W. zieht folgende Schlüsse:

Bei der Knochenregeneration tragen alle die verschiedenen Elemente: Periost, Rinde, Spongiosa und Mark zu dem Prozeß bei. Die Tätigkeit des einen Bestandteils kann, wenn sie mangelhaft ist oder fehlt, durch die der anderen kompensiert werden. Die regenerierenden Eigenschaften des Markes und der Spongiosa treten schon bei leichten Reizen in Erscheinung; dagegen ist das Periost, selbst wenn es proliferiert, nur bei enger Berührung und im Verein mit früher gebildeten Knochen oder mit Kalksalzen fähig, osteoide Substanz zu bilden. Der periostalen Knochenbildung geht gewöhnlich eine oberflächliche Absorption der Rinde durch Osteoklastenzellen voraus; die Osteoklasten machen möglicherweise Kalkzalze in den Geweben frei, welche durch die Osteoblasten wiederum in der umgebenden hyalinen Matrix niedergeschlagen werden. Eine regenerierende Tätigkeit der Rinde tritt erst dann ein, wenn sie in beträchtlichem Grade resorbiert ist. Bei der ungehinderten Regeneration von Knochendefekten wird der Defekt mit Knochenbälkchen ausgefüllt, welche ursprünglich im rechten Winkel zu der Knochengrenze laufen; in späteren Stadien findet jedoch eine Umformung mit Umänderung der Richtungen statt; das ist die normale Funktion der Rindentätigkeit. Das Mark erleichtert die Bildung von osteoiden Bälkchen durch eine Art von knöchernem Rahmen, dem entlang sich die Bälkchen bilden, möglicherweise auch durch die Tätigkeit einzelner Markzellen. Die Ablagerung von Kalksalzen in bestimmten Richtungen zwecks Trabekelbildung geschieht nicht durch Blutgefäße, da die Zwischenräume zwischen den Bälkchen in der ersten Zeit keine Gefäße enthalten. Knorpelbildung ist ein pathologischer, aber konstanter Zug bei der Wiederherstellung nach vollständigen Knochenbrüchen; sie fehlt bei der normalen Regeneration, welche frei von äußeren Einflüssen ist. Die Knorpelbildung hat vermutlich Beziehungen zu den Fibrinablagerungen, die man an den Bruchlinien findet, oder kann auch eine verlangsamte Entwicklung osteoiden Gewebes infolge von schlechter Ernährung bedeuten. Bei vollständigen Frakturen hängt der Umfang der Knorpelbildung hauptsächlich von der Winkelstellung der Fragmente ab; der Knorpel findet sich stets in Keilform an der Innenseite des Winkels. Bei vollständigen Frakturen geht die definitive

Vereinigung sehr langsam vor sich; bei schlechter Vereinigung gelingt 9 Monate lang und selbst noch länger die Refrakturierung, ohne daß man Gefahr liefe, an einer anderen Stelle den Bruch zu erzeugen. Gewöhnlich wird an der Innenseite einer mit Winkelstellung geheilten Fraktur genügend Callus gebildet, um die Linie des ursprünglichen Knochenverlaufs von einem Gelenk bis zum anderen wiederherzustellen, allerdings mit entsprechender Verkürzung. Bei subperiostalen Frakturen geht die Regeneration wahrscheinlich hauptsächlich vom Mark und der Spongiosa aus, und zwar infolge der Blutextravasation in den Markkanal, welche das Mark ausgedehnter schädigt als das Periost. Die Knochenregeneration nach subperiostaler Resektion ist gewöhnlich knorpeliger Natur, sofern vor der Operation nicht genügend Zeit verflossen war, um die Bildung von periostalem osteoidem Gewebe zu ermöglichen. Eine zwischen den beiden Resektionsenden zurückgelassene Spange gesunden Knochens beschleunigt die osteoide Regeneration. Gesundes Mark, zwischen periostalen Flächen eingenäht, beschleunigt die Regeneration erheblich. Der Prozeß der Wiederherstellung bei vollständigen Frakturen kann in folgende fünf Stadien eingeteilt werden: Infiltration, provisorische Callusbildung, Reorganisation, definitive Callusbildung, Absorption. Beim Menschen verläuft der Prozeß wahrscheinlich ganz ähnlich, mit nur leichten, durch die Körperform und die Rasse bedingten Abweichungen. Die tieferen Periostschichten, die Spongiosa, die Gewebe, welche die Havers'schen Kanäle umsäumen und die Knochenzellen sind wahrscheinlich sämtlich identische Gewebe, welche verschiedene Tätigkeiten nur deswegen ausüben, weil sie unter verschiedenen physikalischen Bedingungen stehen. Knorpel verwandelt sich in osteoides Gewebe auf verschiedene Weise, welche vom Alter des Knorpels und dem Stadium der Frakturheilung abhängt. Studien über Knochenregeneration sind unzuverlässig und vieldeutig, wenn nicht gleichzeitig das mikroskopische Bild berücksichtigt wird.

Mohr (Bielefeld).

---

2) **H. Caubet.** Sur l'architecture du cal.

(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 3.)

Die kleine Arbeit setzte sich zum Ziele, die Wolf'schen Gesetze für die Struktur der Calli seinen Landsleuten, die seiner Ansicht nach den diesbezüglichen Arbeiten des genannten Forschers nicht genügend Beachtung geschenkt haben, näher zu bringen und sie gleichzeitig mit Zuhilfenahme des röntgenographischen Verfahrens an alten Museumspräparaten nachzuprüfen. Er zeigt an einigen Bildern, wie zuerst sich Faserzüge bilden zwischen den Knochenenden in der Richtung des kürzesten Weges, wie sich an der konkaven Seite des belasteten Knochens die stärkere Compacta entwickelt und nach und nach die neue Markhöhle und die Spongiosa durch Resorption zustande kommt unter gleichzeitiger Aufsaugung der alten Bruchenden.

Christel (Metz).

---

3) **Krause** und **Trappe.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Myositis ossificans progressiva. (Calcinosis multiplex progressiva interstitialis ossificans.)

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 4.)

Die Myositis ossificans progressiva ist eine sehr seltene Krankheit, die ihren Ausgangspunkt teils vom Periost, teils von den Sehnen und Fascien, teils aber auch vom Muskelgewebe selbst nimmt. Sie ist ausgesprochen eine Erkrankung des Kindes bzw. des Entwicklungsalters, kommt mehr bei männlichen als beim weiblichen Geschlecht vor. Die Diagnose ist in den Anfangsstadien nicht immer ganz leicht; jedenfalls wurden manche Fälle als Myositis ossificans progressiva beschrieben, die nicht hierher gehören.

Nach der Beschreibung der Krankengeschichte einer von den Verff. selbst behandelten Pat. geben sie am Schluß der Arbeit ihre auf Grund der Literaturstudien und der eigenen Beobachtung gewonnenen Anschauungen über dieses Krankheitsbild in folgenden zusammenfassenden Sätzen wieder.

»Am wahrscheinlichsten ist es uns nach den Angaben der Literatur und unseren eigenen Beobachtungen, daß der gesamten Erkrankung lokale Entzündungsprozesse zugrunde liegen, deren Natur in frühen Stadien nicht erkannt werden kann, wenn nicht schon weiter fortgeschrittene Herde einen Aufschluß über den Charakter des Leidens geben.

Die Ätiologie der Entzündung ist völlig dunkel. Nicht ausgeschlossen ist eine Infektion; da es sich aber stets um chronische Prozesse handelt, so müssen es chronische Infektionen sein, die man als Ursache dieses Leidens verantwortlich machen kann. Daher ist der Gedanke an Lues nicht ganz von der Hand zu weisen.

Der Entzündungsprozeß führt zu einer sehr starken Proliferation des Bindegewebes mit sekundärem Schwund der Muskulatur. In vielen Fällen kommt es nun zu einer echten Knochenbildung (Metaplasie des Bindegewebes), so daß man berechtigt ist, von einer ossifizierenden interstitiellen progressiven Myositis zu sprechen. Das Primäre ist aber hier die Veränderung des interstitiellen Bindegewebes; erst nachträglich wird das Muskelgewebe in Mitleidenschaft gezogen.

In anderen Fällen kommt es aus nicht näher bekannten Gründen nicht zur Knochenbildung. Es entsteht eine einfache Substitution des Muskelgewebes durch Bindegewebe (Myositis fibrosa), oder aber es findet in dem chronisch entzündlichen Gewebe eine pathologische Kalkablagerung statt. Gerade dieser Vorgang findet auffallend häufig statt; man kann ihn passend als Calcinosis interstitialis bezeichnen.

Nicht unmöglich erscheint es uns, daß eben diese Kalkablagerungen als chronischer Reiz wirken und die umgebenden Bindegewebszellen zur Knochenbildung veranlassen können.

Wie dem nun auch sei, ob die Kalkeinlagerung neben der Knochenbildung vorkommt, oder ob sie sekundär eine Verknöcherung

herbeiführt, jedenfalls halten wir sie für den Ausdruck einer lokalen Erkrankung der Bindegewebszellen.

Wie wir bereits oben ausführten, glauben wir nicht, daß diese Kalkablagerung auf einer pathologischen Änderung des Gesamtkalkgehaltes des Körpers beruht, etwa im Sinne der Vorgänge bei einer Stoffwechselkrankheit. Gegen die Annahme einer solchen spricht u. a. schon das Fehlen der hereditären Belastung.

Auf alle Fälle verdient die merkwürdige Erscheinung der Calcinosis eine größere Beachtung, als sie bisher gefunden hat, und wir möchten gerade auf sie die allgemeine Aufmerksamkeit lenken. Bisher steht unsere Beobachtung einzig da, doch finden wir in der Literatur Angaben, die uns darauf hinzuweisen scheinen, daß der Vorgang der Calcinosis doch nicht so ganz selten stattfindet.«

In der der Arbeit folgenden Literaturangabe sind sämtliche bisher bekannte Fälle von Myositis ossificans progressiva angeführt. Ferner in einem besonderen Abschnitte diejenigen, welche bisher fälschlich zu dieser Krankheit gerechnet wurden.

Gaugele (Zwickau).

---

4) **Hashimoto** und **Tokuoka.** Über die Schußverletzungen peripherer Nerven und ihre Behandlung (Tubulisation).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 2.)

Verff. behandeln in vorliegender Arbeit die Schußverletzungen der Nerven, die während des russisch-japanischen Krieges im Reservelazarett zu Tokio in Behandlung kamen. Im ganzen sind es 50 Fälle, bei denen am häufigsten der N. radialis und ischiadicus beteiligt sind. Abgesehen vom Oberarmbruch spielten bei diesen Verletzungen Knochenverletzungen keine Rolle, so daß anzunehmen ist, die Nerven seien direkt vom Geschoß getroffen worden. 7mal handelte es sich um totale Kontinuitätstrennungen, alle anderen Fälle müssen als partielle Nervenzerreißungen angesehen werden. Dabei war zu konstatieren, daß nur Nerven, die einen Durchmesser von weniger als 7 mm hatten, bei den totalen Durchtrennungen in Frage kamen.

Vielfach war es erst im Verlaufe der Wundheilung möglich, die Nervenverletzung zu diagnostizieren. Nicht selten war zu beobachten, daß die trophischen Fasern einer unverletzten benachbarten Nervenbahn durch die der verletzten in Mitleidenschaft gezogen waren. So sah man bei vasomotorischer Störung der verletzten Radialisseite auch eine solche der unverletzten Ulnarispartie. In der ersten Zeit nach der Verletzung sollen radikale Operationen, wie Resektion der Nerven und Naht, womöglich nicht gemacht werden. Man soll die Möglichkeit spontaner Wiederherstellung der Nervenfunktion möglichst lange abwarten. Für nicht ganz frische Verletzungen kommt die Neurolysis in Frage. Da während der Heilung der Operationswunde oft neue Verwachsungen auftreten, hat Vanlaire als erster einen Schutz des Nerven durch dekalzinierte Knochenröhren angegeben. Besser brauch-

bar sind die von Foramiti empfohlenen ausgekochten Kalbsblutgefäße, die in bestimmter Art und Weise präpariert werden müssen. Verff. haben die letztere Methode der Tubulisation vielfach angewendet. Von langem Schnitt aus wird der Nerv freipräpariert und gelöst. Fibromatöse Stellen werden wetzsteinförmig abgeschnitten, dann wird ein gespaltenes Kalbsblutgefäß um den Nerven gelegt, verschlossen und durch Catgutnaht an die Umgebung befestigt. Die Resorption der Tubuli geht nur langsam vor sich. Ankylosen und Inaktivitätsatrophien der Gelenke müssen vor und nach der Operation in orthopädische Behandlung genommen werden.

Die meisten Fälle wurden mit Nervenlösung behandelt. Man soll nicht länger als 100—200 Tage zwischen Verwundung und Operation warten. Die zunehmende Häufigkeit der bei Nervenschußverletzungen erforderlichen operativen Eingriffe hat wohl ihren Grund darin, daß Amputation wegen Extremitätenverletzungen im Kriege seltener geworden sind. Eines der konstantesten Symptome bei solchen Traumen sind die bald auftretenden heftigen Neuralgien. Die Sensibilitätsstörungen treten gewöhnlich in Form von Hyperästhesien auf. Trophische Störungen zeigen sich meist erst nach Verlauf einiger Zeit. Nach Ablauf längerer Frist läßt sich nicht mehr konstatieren, ob eine primäre Nervenverletzung vorhanden war oder ob Ausfallserscheinungen infolge von Narbenbildung oder Inaktivität vorliegen. Eine frühzeitige Diagnose der Nervenverletzung ist durchaus notwendig, da alle Fälle, in welchen ein mangelhafter Erfolg erzielt wurde, zu spät in chirurgische Behandlung gekommen waren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **Muskat.** Die Verhütung des Plattfußes.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1907. Hft. 16.)

Es ist eine bekannte Tatsache, daß der Armee eine Anzahl kräftiger Leute — etwa 25% der Gestellungspflichtigen — wegen Plattfüßigkeit verloren gehen. M. meint nun, daß durch entsprechende Belehrung und Anweisung von Kindheit an eine Herabminderung dieser Zahl eintreten könnte. Die meisten Plattfüße sind statische, d. h. durch Belastungsverhältnisse entstandene, und um diese zu verhüten, gibt Verf. folgende Ratschläge: 1) Es ist für zweckmäßiges Schuhwerk zu sorgen; dasselbe darf nicht zu kurz sein, die größte Länge, die Spitze desselben ist an die Seite der großen Zehe, nicht in die Mitte zu legen; dasselbe gilt für die Strümpfe. 2) Ist einmal eine Veränderung des Fußes eingetreten, so ist der Fuß sofort orthopädisch und mit Heftpflaster verbunden zu behandeln. 3) Leute, welche durch ihren Beruf besonders der Gefahr ausgesetzt sind, Plattfüße zu bekommen, wie Kellner, Schlosser usw., müßten durch Merkblätter über eine richtige Fußpflege belehrt werden.

Herhold (Brandenburg).

---

6) **Schultze.** Das maschinelle modellierende Redressement des Plattfußes durch einen Plattfußosteoklasten.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. VI. Hft. 1.)

Der von S. konstruierte Plattfußosteoklast ist eine Modifikation seines Klumpfußosteoklasten, der in umgekehrter Richtung wie dieser am Operationstische befestigt wird, indem die Welle peripher am Tischende liegt. Das bewegliche Brett hat an seiner Basis einen Ausschnitt für den Unterschenkel und wird mittels genannter Welle dem am Tische befestigten Brette genähert. Die Gewalteinwirkung und Kraftübertragung kann daher in jedem Momente beliebig geändert werden.

Durch den Ausschnitt wird der Fuß gesteckt und auf gut gepolsterten Kissen in Hackenstellung zwischen beiden Brettern gut gelagert. Der Apparat wirkt derartig, daß das bewegliche Brett den Fußrücken trifft, während die Hand unter dem Schutze eines Gummikissens dabei die schwierigsten Redressements ausführt. Alle Widerstände, die sich bieten, werden eingestellt und mit Leichtigkeit überwunden.

Ist das Redressement beendet und der Fuß soweit mobilisiert, daß er ohne Druck in jede gewünschte Stellung gebracht werden kann, wird in überkorrigierter Klumpfußstellung ein gut gepolsterter Gipsverband angelegt. **Hartmann** (Kassel).

Kleinere Mitteilungen.

7) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

166. Sitzung am 11. November 1907 im Krankenhaus Friedrichshain.

Vorsitzender: Herr Neumann.

I. Herr W. Braun: Zur Behandlung der foudroyanten Blutungen bei Ulcus ventriculi.

B. berichtet zunächst über 2 von ihm operierte Fälle von Magengeschwürsblutung.

Die eine Pat., bei der im pulslosen Zustand operiert wurde, starb kurz nach der Operation. Das Geschwür saß an der kleinen Kurvatur; die Blutung kam aus einer Art. pancreatica. Da die Exstirpation unausführbar war, wurde die Blutung vom Mageninnern und von außen durch Tamponade zu bekämpfen gesucht. Im zweiten Falle wurde das Geschwür in der Regio pylorica gefühlt, im Bereiche dieser Partie die zuführenden Gefäße an der kleinen und großen Kurvatur durch Massenligatur gefaßt, und eine Jejunostomie nach Witzel angeschlossen. Heilung.

B. hat durch Tierexperimente und Leichenuntersuchungen sich über den Wert der Unterbindung zuführender Arterien bei akuten Geschwürsblutungen Aufschluß zu verschaffen gesucht.

Er hat sich beim Hunde 1) von der Möglichkeit überzeugt, den Magen in großer Ausdehnung (bis zu $^4/_5$) der zuführenden Gefäße zu berauben, ohne daß Nekrose eintritt; 2) für wenige Tage wenigstens eine erschwerte Injektionsmöglichkeit der ausgeschalteten Gefäßgebiete festgestellt. Bei den Unterbindungsversuchen stellte sich die typische Unterbindung aller direkten Magengefäße und die der Art. duodenalis als einfach, die der Art. lienalis als schwieriger und unsicherer heraus.

B. ist der Ansicht, daß für die Blutungen aus dem submukösen Gefäßnetze die typische Umstechung am Orte der Wahl selten in Frage kommt, am ehesten noch in der Regio pylorica und bei Blutungen aus Nebenästen in der Nähe der

arterie mit verletzt ist. An der Hand von Röntgenbildern von Lebern, deren Arterien mit einer Zementmasse injiziert sind, weist N. nach, daß ein so abgetrennter linker Lappen lediglich in den Artt. phrenicae einige wenige durchaus nicht ausreichende ernährende Gefäße erhält. Die klinischen Tatsachen lehren, daß in den wenigen analogen Fällen, die bisher einen günstigen Ausgang genommen haben (Graser, Fertig), dieser erkauft wurde durch alle Gefahren einer chronischen Sepsis; aus der Erfahrung, die er an einem eigenen referierten Falle gemacht hat, kommt N. weiter zu dem Schluß, daß viele Pat. gar nicht das chronische Stadium der Sepsis erreichen, sondern bereits der akuten Sepsis erliegen. Deswegen entschloß er sich, bei einer Pufferverletzung primär den ganzen linken Leberlappen in einer Ausdehnung von 30 : 21 : 4 cm und einem Gewicht von 480 g zu resezieren.

Der Kranke ist glatt geheilt und wird in guter Gesundheit vorgestellt.

3) Herr Hagemeister: Über Darmrupturen.

In den letzten 5 Jahren wurden im Krankenhause Friedrichshain neun Pat. mit subkutanen Darmrupturen behandelt, wovon vier geheilt, fünf gestorben sind. Von letzteren gingen zwei am 3. Tage mit ausgedehnter Peritonitis zugrunde. Ein dritter kam nach 21 Stunden (Hufschlag) auch schon mit Peritonitis zur Operation, er starb 16 Tage später. Bei dem vierten, einem sinnlos Betrunkenen (Überfahrung durch Straßenbahn) war die Diagnose erst 24 Stunden nach der Verletzung zu stellen; er starb bald nach der Operation. Diese Pat. hatten eine Perforation am Dünndarme. Bei dem fünften (Überfahrung durch Equipage) wurde die Perforation bei der Operation nicht gefunden; am Mesenterium und Darme fanden sich nur einige Erosionen und Sugillationen; die Bauchhöhle enthielt 500 ccm Blut, keinen Darminhalt. Bei der Sektion fand sich eine erbsengroße Perforation an der Grenze zwischen Duodenum und Jejunum. — Von den Geheilten war bei dem ersten durch einen Deichselstoß eine Dünndarmschlinge aus der Kontinuität herausgerissen; von den Darmenden war das eine total mit breitem radiärem Mesenterialriß perforiert, das andere bis auf eine schmale Brücke am Mesenterialansatz, welche die Perforationsstelle von einem zweiten Mesenterialriß trennte; Operation 2 Stunden nach der Verletzung; Resektion von 20 cm Darm. — Der zweite Pat. bekam die Perforationserscheinungen, nachdem er noch 5 Minuten nach einem Deichselstoß Rad gefahren war, Operation 8 Stunden später, Resektion der ausgedehnten perforierten Dünndarmschlinge. — Der dritte Pat. (Quetschung zwischen Kabelrollen) bot 3 Stunden später noch keine sicheren Perforationserscheinungen; sie traten erst nach weiteren 6 Stunden auf; bei der Operation wurde eine Dünndarmschlinge mit bohnengroßer Perforation in Ausdehnung von 15 cm reseziert. Der vierte Pat. war 5 m hoch vom Gerüste gefallen, wobei ihm ein nachstürzender Netzriegel auf den Leib fiel; Operation 2 Stunden später; er hatte eine Ruptur im Dünndarme, Sugillationen am Darme mit 4 cm langem Mesenterialriß und ein großes Hämatom in der Gegend der rechten Niere, das auf die Radix mesenterii übergriff; keilförmige Exzision der Perforatiosstelle, Übernähung des Mesenterialrisses; bei der Nachbehandlung vereiterte ein Bauchdeckenhämatom und entstand noch ein abgekapselter peritonealer Abszeß.

Im Krankenhause Friedrichshain wurden Darmrupturen infolge stumpfer Gewalt, zum mindesten die gequetschte Umgebung, meist auch das benachbarte Darmstück, reseziert. Die Bauchhöhle wird mit physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen, die Bauchwunde ohne Drainage in zwei Etagen geschlossen.

Diskussion. Herr Seefisch hat sehr Gutes von der sofortigen Verabreichung von Physostigmin (0,001 subkutan) nach Kochsalzspülungen der Bauchhöhle gesehen. Die Darmfunktion stellt sich danach schnell wieder ein; 10 Stunden später gibt er noch einmal 0.001 Physostigmin. Bei intravenösen Kochsalzinfusionen hat er in der letzten Zeit einen Adrenalinzusatz gemacht.

Herr Braun bemerkt, daß er von der Verabreichung des Physostigmin nach Bauchoperationen zurückgekommen sei, ebenso von dem Adrenalinzusatz bei Kochsalzinfusionen, wo er es allerdings nur subkutan versucht hat.

4) Herr Kunith: a. Fall von primärer Nierenaktinomykose.

Der erste Fall dieser Krankheit wurde von Israel in der Klinik der Nierenkrankheiten beschrieben. Einen von Stanton 1905 publizierten Fall sieht K. nicht als primäre Nierenaktinomykose an. Ein zweiter Fall ist im Krankenhause Friedrichshain an einem $4^3/_4$ Jahre alten Knaben mit Erfolg operiert worden.

Die Operation (Direktor Dr. Neumann) wurde wegen Niereneiterung ausgeführt und war wegen des derben, schwieligen Bindegewebes, in welchem die Niere wie eingemauert festsaß, schwierig. An der exstirpierten Niere konnte Aktinomykose diagnostiziert werden. Vom 4. Tage nach der Operation an wurden 5 Wochen lang Pilzrasen im Urin gefunden, welche wahrscheinlich bei der Operation in den Ureter hineingepreßt wurden. Der Kranke genas und ist bis jetzt ($^3/_4$ Jahr lang) gesund geblieben. Dies spricht für die primäre Entstehung der Krankheit in der Niere. Jedoch muß der Kranke noch mehrere Jahre beobachtet werden, um den absoluten Nachweis der primären Nierenaktinomykose führen zu können.

Vorstellung des Kranken. Demonstration des Präparates. (Der Fall wird in den Folia urologica veröffentlicht.)

b. Kompliziertere Fälle von Nierensteinen.

K. stellt die drei von Herrn Direktor Neumann erfolgreich operierten Kranken vor und demonstriert die Präparate.

1) Bei der 36jährigen Pat. begannen 1 Jahr nach ihrer ersten Entbindung und 4 Jahre vor ihrer Aufnahme linksseitige Nierenkoliken. 2mal gingen Steine durch die Harnröhre ab. Seit 4 Tagen vor der Aufnahme bestanden wieder heftige Nierenkoliken mit Erbrechen. Zuerst wurde ein nachweisbarer großer Abszeß in der linken Nierengegend eröffnet. Später wurde namentlich auf Grund der cystoskopischen Untersuchung — aus dem linken Ureter quoll reiner Eiter, aus dem rechten kam reiner Urin — die Nephrektomie vorgenommen. Sie gestaltete sich sehr schwierig. Beim Eingehen an gewöhnlicher Stelle wurde erst die Pleura 2fingerbreit unterhalb des Rippenbogens eröffnet, dann die Milz, die für die cyanotische Niere wegen ihrer der Niere entsprechenden Lage gehalten wurde, aus ihren Verwachsungen ausgeschält und dabei die Bauchhöhle eröffnet. Schließlich fand man die Niere, welche ein Pyonephrosensack war und sieben Steine enthielt, neben und oberhalb der linken Articulatio sacroiliaca. Der Ureter verlief erst nach oben und dann spitzwinklig nach unten. Die Niere wurde entfernt. Die Kranke genas, ohne daß eine Infektion der Brust- und Bauchhöhle eintrat.

Die Dystopie der Niere ist als eine erworbene anzusehen. Wie sie entstanden ist, ist nicht klar. (Erscheint als Originalarbeit in der Deutschen med. Wochenschrift.)

2) Bei der 27 Jahre alten Pat. lag ein doppelseitiges Nierensteinleiden vor; rechts war ein Stein im Ureter eingeklemmt, und außerdem bestand eine Schwangerschaft, welche unterbrochen werden mußte.

Der ersten Entbindung, etwa $^3/_4$ Jahr vor der Aufnahme, folgte Wochenbettfieber. Während desselben und schon während der zweiten Hälfte der Schwangerschaft traten Schmerzen in der rechten Nierengegend auf, welche während der zur Zeit der Aufnahme bestehenden zweiten Schwangerschaft stärker wurden. In den letzten Tagen vor der Aufnahme trat ein $^1/_2$ Tag währender Kolikanfall und mehrere kürzere auf. Das Röntgenbild zeigte rechts neben dem zweiten Lendenwirbel einen bohnengroßen Schatten. Deswegen und wegen des anderen für Nierensteine sprechenden Befundes wurde operiert und im Ureter 3fingerbreit oberhalb seiner Einmündungsstelle in die Harnblase ein eingeklemmter Nierenstein entfernt.

4 Wochen später begannen Kolikanfälle der linken Niere. Nun wurde die Schwangerschaft, welche durch die Operation nicht gestört war, künstlich unterbrochen, weil beim Bestehen derselben die Frau leicht durch Insuffizienz der Nieren in eine allzu lebensgefährliche Lage hätte kommen können.

Das Röntgenbild zeigte auch hier Steinschatten. Es wurden mehrere Steine durch Operation entfernt. Pat. genas und ist gesund geblieben.

3) Die 51 Jahre alte Pat. wurde im Januar d. J. wegen Gallensteinileus operiert und in einer der früheren Sitzungen besprochen. Eine Hälfte des Steines wurde aus dem unteren Ileum operativ entfernt, die andere ging mit Stuhlgang ab. Einige Monate später bemerkte Pat. Blutgerinnsel im Urin und bekam Schmerzen in der rechten Lendengegend. Das Röntgenbild zeigte innerhalb des Schattens der Nierenkonvexität einen großen, runden Steinschatten. Es wurden dann ein größerer und mehrere kleinere Nierensteine entfernt. Pat. genas.

Beide Steine enthalten viel Kalk. Vielleicht liegt eine Disposition der Kranken zur Steinbildung vor. **R. Wolff** (Berlin).

8) **Albers-Schönberg.** Eine bisher nicht beschriebene Allgemeinerkrankung des Skeletts im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 4.)

Verf. beschreibt eine Affektion des Knochensystems bei einem sonst normalen und anscheinend gesunden jungen Manne, die er mit Recht als eine bisher nicht beschriebene bezeichnet.

Während man bei Röntgenaufnahmen des normalen Knochens die Corticalis und Spongiosa gut unterscheiden kann, erscheinen im vorliegenden Falle beinahe sämtliche Knochen des Körpers in der ganzen Ausdehnung wie aus Marmor gebildet, ohne jede Strukturzeichnung und nur mit einer Andeutung der Markhöhle. Das gleiche strukturelle Verhalten zeigt auch der in großer Menge vorhandene Callus an einer Bruchstelle des Oberschenkels. Bei der Leuchtschirmuntersuchung fällt das eigentümliche, auch bei Anwendung von harten Röhren tiefschwarze Knochenbild ungemein auf.

Bei den photographischen Platten handelt es sich aber durchaus nicht etwa um eine Unterexposition, da alle Platten, gleichgültig ob man kurz oder lang, mit weichen oder harten Röhren exponierte, dasselbe Bild zeigten.

Es handelt sich also im vorliegenden Fall um eine gleichmäßige Veränderung des gesamten Skeletts, wobei die Spongiosa zum großen Teil durch kompakte Knochensubstanz ersetzt worden ist; ferner aller Wahrscheinlichkeit nach der Kalkgehalt der Knochen außerordentlich zugenommen hat, so daß seine Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen fast ganz aufgehoben ist.

Über die Ätiologie ist nichts bekannt.

Nach Ansicht des Verf.s handelt es sich um eine seltene allgemeine Knochenerkrankung, die klinisch dadurch von Bedeutung ist, daß die Knochen außerordentlich brüchig werden. **Gaugele** (Zwickau).

9) **Joachimsthal.** Eine ungewöhnliche Form von Knochenerweichung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 44.)

Der 18jährige Kranke, der im 2. Lebensjahre bereits Zeichen von Rachitis gezeigt, sich dann aber in normaler Weise entwickelt hatte, erkrankte im Alter von 12 Jahren unter Darmerscheinungen, und es stellten sich Knochenschmerzen und Neigung zu Verbiegungen an den unteren Extremitäten ein, die schließlich eine jede Art der Fortbewegung unmöglich machten. An den Gliedmaßen bestanden hochgradige Auftreibungen der Epiphysen, an den unteren Extremitäten starke Verbiegungen, an allen Röhrenknochen Weichheit und starke Druckempfindlichkeit. Die der Arbeit beigegebenen Röntgenogramme lassen die für Rachitis charakteristischen unregelmäßigen Gestaltungen und seitlichen Ausladungen erkennen, ferner auffallend breite Knorpelzonen zwischen Dia- und Epiphysen, Verschmälerung der Compacta. An den Diaphysen zahlreiche Fissuren, die zum Teil die ganze Dicke der Diaphyse betrafen und auch an den oberen Gliedmaßen nachweisbar waren.

Auf Phosphorbehandlung hin festigten sich die Knochen erheblich, so daß Pat. wieder gehen konnte. Verf. reiht das beschriebene Krankheitsbild in die Gruppe der Spätrachitis. **Langemak** (Erfurt).

10) **Osler.** On teleangiectasis circumscripta universalis.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. Oktober.)

Genaue Beobachtung eines der sehr seltenen Fälle dieses Leidens.

Ein 39jähriger neuropathischer Mann kommt wegen Schmerzen in der rechten Seite des Bauches; Geschwister hat er nicht, die Mutter hat in ihrer Jugend oft an Urticaria gelitten. Den Beginn seines Leidens datiert Pat. auf 10 Jahre zurück; seit 2 Jahren ist es schlimmer geworden.

Pat. hat öfters Nasenbluten, ist wegen Hämorrhoiden mit Blutungen operiert worden. Bluter im eigentlichen Sinne des Wortes ist er nicht.

Kolikartige Leibschmerzen treten unter der Beobachtung öfters auf, mehrfach auch Hämaturie.

Überall an der Oberhaut des Körpers sind Teleangiektasien von 2—6 mm Durchmesser zu sehen, die auf Druck ganz verschwinden, um sofort wiederzukehren; hier und da verschmelzen sie zu großen Flächen. Einzelne dilatierte Gefäße fehlen, es handelt sich nur um kapilläre Gefäßdilatation. An Händen und Füßen ist die Färbung dunkel purpurrot, sonst heller rot. Finger und Zehen sind zeitweise tief cyanotisch, wie bei Raynaud'scher Krankheit. Es besteht ausgesprochene Dermatographie.

Es scheint sich um ein angeborenes Leiden zu handeln, da die Mutter an Urticaria gelitten hat.

Die Koliken und die Hämaturie dürften ebenso wie das Nasenbluten auf Urticaria an den betroffenen Organen zurückzuführen sein.

Mastkur besserte das Befinden. Die Symptome treten in ganzer Schwere schubweise auf.

Einige sehr gute photographische Aufnahmen. **W. v. Brunn** (Rostock).

11) **Libessart.** Contribution à l'étude de la thérapeutique par l'air surchauffie.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1907. Oktober.)

L. empfiehlt die Anwendung des von Prof. Cahier in den Arch. de méd. etc. 1902 angegebenen Heißluftkastens zur Behandlung von Kniegelenksergüssen und Extremitätenphlegmonen. Die Luft kann in dem Kasten bis 150° erhitzt werden, ohne daß das Glied verbrüht wird. Nachdem das Glied eine Stunde einer Temperatur von 100—130° ausgesetzt gewesen ist, wird leichte Massage und später vorsichtige Bewegung angewandt. Einige näher beschriebene Fälle von Kniegelenksergüssen und Armphlegmonen, in welchen die Wiederherstellung in relativ kurzer Zeit erfolgte, dienen zum Beweise. **Herhold** (Brandenburg).

12) **Ramsauer.** Zur Technik der Nervennaht: Einscheidung der Distanznaht durch ein Venenstück. (Aus dem städtischen Krankenhaus in Solingen.)

Inaug.-Diss., Bonn, 1907.

Nach der Art der Assaky-Gluck'schen Methode wurde am 3. März 1906 der nach kompliziertem Oberarmbruch entstandene, 4 cm lange Radialisdefekt derart überbrückt, daß die vier Seidenfäden die Lichtung des über sie hinweg geschobenen, 10 cm langen exstirpierten Stückes der V. basilica offenhielten. Nach 6 Monaten stellte sich die Nervenfunktion wieder ein und ist allmählich eine verhältnismäßig sehr gute geworden. **Lessing** (Hamburg).

13) **Blanc et Savolle.** Lipome ostéo-périostique du col du radius. Compressions nerveuses.

(Revue française de méd. et de chir. 1907. Nr. 21.)

Mandarinengroße Geschwulst an der Außenseite des Ellbogengelenkes, die anscheinend in der Muskulatur lag und gegen den Knochen nicht deutlich verschieblich war. Außerdem bestand eine Paralyse des N. radialis und Sensibilitätsstörung, entsprechend dem Ausbreitungsgebiete des N. ulnaris. Die Operation

ergab ein vom Radiusköpfchen ausgehendes osteo-periostales Lipom, das sich zwischen die Muskulatur entwickelt hatte, und nur mitsamt einem Stück des Periosts vom Knochen abgetrennt werden konnte; der tiefe Ast des N. radialis war leicht abgeplattet. Die sensiblen Störungen schwanden sofort nach der Operation, die motorischen im Lauf einiger Monate.

Auffallend ist die Beteiligung des N. ulnaris, seine Kompression trotz der nur indirekten Beziehungen zur Geschwulst. **Mohr** (Bielefeld).

14) **F. de Beule** (Gand). Un cas intéressant de chirurgie orthopédique de la main.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1907. Januar.)

Bei einem 4jährigen Knaben hatte sich nach einer 2 Jahre vorher operierten ausgedehnten Phlegmone des Handrückens durch Retraktion der Strecksehnen hochgradige Klauenstellung der Hand ausgebildet, deren Funktion gleich Null war. Die Operation legte eine den ganzen Handrücken einnehmende feste Narbenmasse frei, aus welcher keine Sehnen mehr zu isolieren waren. de B. resezierte die ganze Masse, stellte die Finger gerade, zu welchem Zwecke das Köpfchen des III. Metacarpus reseziert werden mußte, und verband die 3 cm von einander entfernt stehenden zentralen und peripheren Sehnenstümpfe durch je zwei Seidenfäden. Nach 4 Monaten guter funktioneller Erfolg, so daß mittlere Gegenstände gut gehalten werden können und die aktive Bewegungsfähigkeit der Finger zu weiteren guten Hoffnungen berechtigt. **Vorderbrügge** (Danzig).

15) **O. v. Frisch.** Ein seltener Fall von elephantiastischer Verdickung einer Extremität, nebst einem kasuistischen Beitrage zur autochthonen Elephantiasis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 1.)

Die sporadischen Fälle von Elephantiasis, die wir zu sehen bekommen, haben meist eine typische Form. In dem histologischen Bilde findet man gewöhnlich das neugebildete Gewebe scharf sowohl nach der Cutis als insbesondere gegen Fascien und Muskeln abgesetzt. Die Gefäße sowie die Nerven sind unverändert, die Drüsen sind, außer durch mehr oder weniger entzündliche Prozesse, nicht verändert. Infolge des Umstandes, daß das elephantiastische Gewebe die Grenzen der Fascien, Nerven und Gefäßscheiden respektiert, ist die Funktion der Extremitäten meist eine gute. v. F. schildert nun einen Fall, der sich von diesem Typus wesentlich unterscheidet. Bei demselben trat ein kernreiches, teils festes, teils lockeres, feinste elastische Fasern enthaltendes, neugebildetes Bindegewebe auf, das den Fascien und Bindegewebsspalten folgte und sich zwischen die Weichteile der befallenen unteren Extremität einschob, dieselben umwuchs und teilweise zu völligem Schwunde brachte. So wurden Muskeln, Nerven, Gefäße, Lymphdrüsen und Periost durch das neugebildete Gewebe ersetzt. Wahrscheinlich ist das elephantiastische Gewebe zuerst am Unterschenkel entstanden, ist dann immer weiter gewachsen und hat später auch den Rumpf ergriffen. Knochen und Gelenke wurden dabei ebenfalls alteriert und erscheinen um so stärker verändert, je länger sie in den Prozeß einbegriffen waren. Nach des Verf.s Ansicht ist diese Bösartigkeit erst auf Basis einer früher gutartigeren Form der Elephantiasis aufgetreten; wenigstens spricht der klinische Verlauf hierfür.

Außer diesem Falle beschreibt Verf. noch neun der gewöhnlichen Art, für welche er Einwicklung mit der Gummibinde und keilförmige Exzision größerer Gewebsstücke nach dieser vorbereitenden Behandlung empfiehlt. Bei den so behandelten Pat. wurde ein jahrelang andauernder guter Erfolg erzielt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

16) **J. B. Legg** (London). A case of congenital syphilitic osteoperiostitis of the femur of an infant.

(Medical press 1907. Oktober 23.)

Bei einem 5 Wochen alten Knaben fand sich eine gleichmäßige, derbe Verdickung des linken unteren Femurteiles mit glatter Oberfläche. Für eine Fraktur

waren keinerlei Anhaltspunkte vorhanden; ein entzündlicher Prozeß war bei normalem Verhalten der umgebenden Weichteile ebenfalls auszuschließen. Knochentuberkulose ist bei Neugeborenen sehr selten. Es wurde angeborene syphilitische Osteoperiostitis angenommen und eine Inunktionskur eingeleitet. Innerhalb von 3 Wochen trat Heilung ein. **Erhard Schmidt** (Dresden).

17) **Stewart.** Arteriotomy for thrombosis and embolism.
(Annals ef surgery 1907. August.)

Verf. will bei Arterienverstopfung chirurgisch energischer vorgehen, als es bisher der Fall war. Er eröffnete in zwei Fällen, in welchen durch Verstopfung der Schenkelarterie Gangrän drohte, das Blutgefäß, räumte den Blutklumpen aus und vernähte die Gefäßwunde. Da sich hierbei immer wieder an der geöffneten Stelle ein Blutgerinnsel bildete, durchtrennte er die Arterie nach Entfernen des Blutklumpens, spaltete die durchschnittenen Enden und krempelte sie etwas nach außen um; dann nähte er sie aneinander, so daß Intima an Intima lag. Die Zirkulation stellte sich an der genähten Stelle wieder her, aber weder war an der Poplitea ein Puls zu fühlen, noch konnte die Gangrän aufgehalten werden. — Im zweiten Falle ging es ähnlich. Daher wird man diese Operation trotz aller fortgeschrittenen Technik noch nicht empfehlen können.

S. unterscheidet die traumatische Thrombose, bei der die Intima eingerissen ist, von der embolischen, bei der sie unversehrt zu sein pflegt. Bezüglich der Gefäßnaht gibt er der geschilderten Methode mit umgekrempelter Intima den Vorzug. **Herhold** (Brandenburg).

18) **S. Handley.** An operation for embolus.
(Brit. med. journ. 1907. September 21.)

Ein 65jähriger Mann zeigt 24 Stunden nach der Herniotomie wegen eingeklemmten Leistenbruches die Symptome einer beginnenden Gangrän des ganzen linken Beines infolge angenommener Embolie der Art. femoralis. Amputation wäre bei dem hohen Sitze der Gefäßverlegung zwecklos gewesen, konnte bei dem sehr schlechten Zustand auch nicht gewagt werden. So versuchte H., den arteriellen Kreislauf im Beine durch direkte Beeinflussung des Embolus wieder herzustellen. An der freigelegten Femoralis wurde die Circumflexa externa unterbunden und durchtrennt. Von ihrer proximalen Lichtung aus versuchte man durch einen hoch in die Femoralis eingeführten halbstarken Katheter mit einer Spritze erfolglos das Gerinnsel und Blut anzusaugen. Dies gelang erst, als man von der Profunda aus mit einem Harnleiterkatheter denselben Versuch machte, indem man den Katheter bei Fingerkompression der Bauchaorta schätzungsweise bis etwa zur Teilungsstelle der Aorta vorgeschoben hatte und das Arteriensystem mit Kochsalzlösung auswusch. Jetzt erfolgte beim Nachlassen der Aortenkompression ein starker Blutstrahl. Die Versuche, die übrige Femoralarterie in ähnlicher Weise von einem Ast der Poplitea aus von den Gerinnseln zu reinigen, mußten wegen Verschlechterung des Zustandes abgebrochen werden. Tod nach 24 Stunden. Die Sektion ergab Thrombosen des linken Herzohres und einen Embolus in der linken Iliaca communis. **Weber** (Dresden).

19) **B. G. A. Moynihan.** An operation for embolus.
(Brit. med. journ. 1907. September 28.)

Eine 41jährige Frau mit Mitralfehler erkrankt an embolischer Gangrän des Beines. Mit der Diagnose »Embolus in der Art. poplitea« wurde auf diese eingeschnitten, ein großer Embolus entfernt, bis reichliche Blutung eintrat. Naht der Arterie einreihig. 4 Tage später Tod an Lungenembolien und Herzschwäche. Sektion ergibt Lungeninfarkte, schwere alte und frische Endokarditis mit neuen Thromben. **Weber** (Dresden).

20) **Dilly.** Un cas d'artérite oblitérante suivie par gangrène à la suite d'un érisipèle.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1907. Oktober.)

Ein Sergeant hatte im Januar 1901 ein Gesichtserysipel durchgemacht. Im August 1902 traten Schmerzen im linken Fuß ein, die sich nach und nach verschlimmerten; taubes Gefühl und Ameisenkriechen kamen Anfang des Jahres 1904 hinzu, und Oktober 1904 traten die ersten Zeichen einer Gangrän auf, die zur Amputation des Beines im untersten Viertel des Oberschenkels führte. Die Art. femoralis wurde als vollkommen obliteriert angetroffen; sie setzte sich nach abwärts als dicker Strang fort. Verf. meint nun, daß derselbe Streptokokkus, der seinerzeit das Erysipel bedingte, eine leichte Läsion der Art. femoralis hervorgerufen hat, die sich mit der Zeit unter dem Einfluß angestrengten Marschierens zu dem angetroffenen Grade verschlimmerte. Dem Ref. erscheint die Zwischenzeit zwischen dem Erysipel und den ersten Anzeichen der Gefäßerkrankung etwas weit auseinander zu liegen. **Herhold** (Brandenburg).

21) **Frazier.** Endo-aneurysmorrhaphy (Matas).

(Annals of surgery 1907. September.)

Zwei Fälle von Aneurysma, in welchen die von Matas vorgeschlagene Operation ausgeführt wurde. Im ersten Falle handelte es sich um ein Aneurysma der Art. poplitea; der Sack wurde gespalten, die Gerinnsel energisch ausgeräumt und die im Grunde sichtbare Öffnung der zuführenden Arterie mit feinen Silknähten geschlossen; dann wurde die Höhle des Sackes ebenfalls durch mehrere Lagen von Silknähten zur Verödung gebracht und die Haut darüber vernäht. Pat. klagte noch einige Zeit über taubes Gefühl im Beine, sonst traten keine schädlichen Folgen ein; ein Puls war in der Art. tibialis antica nicht zu fühlen.

Der zweite Fall verlief ungünstiger. Das Aneurysma saß unter der linken Leistenbeuge. Nach Spaltung des Sackes trat eine gewaltige, fast tödliche Blutung aus drei Öffnungen im Grunde desselben ein, obwohl die Art. femoralis oberhalb und unterhalb des Sackes mit Schiebern abgeklemmt war. Durch Komprimieren der Öffnungen und Naht einer Öffnung nach der anderen konnte man der Blutung Herr werden; es wurde dann weiter genau wie im ersten Falle verfahren, nur führte man an einer Stelle ein Drain in den Sack. In diesem Falle trat Gangrän des Unterschenkels ein, welche F. auf eine mangelhafte Anlage des Kollateralkreislaufes schiebt. Die gewaltige Blutung der Öffnungen im Sacke trotz beiderseits abgeklemmter Art. femoralis weist nach ihm darauf hin, daß eine einfache Unterbindung der Art. iliaca externa das Aneurysma nicht beseitigt haben würde. **Herhold** (Brandenburg).

22) **Gibbon.** Endo-aneurysmorrhaphy (Matas).

(Annals of surgery 1907. Septemqer.)

Verf. tritt lebhaft für die Operation der Aneurysmen nach Matas ein. Letzterer hat bekanntlich, nachdem er erkannt hatte, wie fest zwischen Intima und Intima der Gefäße Verklebungen eintreten, vorgeschlagen, den aneurysmatischen Sack zu spalten, die Blutgerinnsel auszuräumen, die am Grunde des Sackes mündende arterielle Gefäßlichtung durch Naht zu schließen und nun entweder durch Aneinandernähen der Innenseite des Sackes einen absoluten Verschluß oder durch Verkleinern des Sackes ein neues Gefäßrohr herzustellen. Die Wiederherstellung des Gefäßrohres ist nur bei fusiformen Aneurysmen anwendbar; die Naht zur Verkleinerung wird über einem eingeführten weichen Katheter ausgeführt, der im letzten Moment wieder hervorgezogen wird; auf diese Weise wird die Kontinuität des Gefäßrohres erhalten.

Im ganzen sind 39 Pat. bisher operiert worden, von denen nur zwei an den unmittelbaren Folgen der Operation starben. Zehn Fälle von fusiformem Aneurysma wurden mit Erhaltung des Gefäßrohres operiert und geheilt, in 24 Fällen ~de der Sack durch die Naht verödet; hiernach folgte einmal Gangrän, die

übrigen Fälle heilten ohne Eintreten von Gangrän; ein Pat. starb nach einiger Zeit an Morbus Brightii. **Herhold** (Brandenburg).

23) **W. J. Frick.** Reconstructive endoaneurysmorrhaphy.
(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. V. Hft. 3.)

Ein sackförmiges Aneurysma der Art. poplitea wurde nach Matas längs gespalten, wobei zu- und abführendes Arterienende deutlich sichtbar wurde. Ein Gummikatheter führte eine Verbindung beider Enden herbei. Die Aneurysmawand wurde über dem Katheter gefaltet und vernäht, der Katheter selbst vor dem Knoten der mittleren Nähte wieder entfernt. Es war so ein Kanal gebildet, der nach Lösung des Esmarch'schen Schlauches für den Blutzufluß durchgängig war und auch kein Blut austreten ließ. Eine weitere Nahtreihe des über die erste Naht gefalteten Restes der Aneurysmawand verschloß den Aneurysmasack und sicherte die erste Nahtreihe. Das Nahtmaterial bestand aus Jodcatgut. In der neugebildeten Poplitea war Pulsation zu sehen und zu fühlen.

Die Heilung vollzog sich ohne besondere Störung, wobei von leichten neuritischen Symptomen an der Großzehe und Innenseite des Fußes abgesehen werden muß. Auffallend war noch, daß der Puls der Art. tib. post. nach der Operation an beiden Beinen nicht gefühlt werden konnte. Ein Zusammenhang dieser Erscheinung mit dem operativen Eingriffe konnte nicht angenommen werden, zumal der Tibialispuls vor der Operation nicht geprüft wurde. Später nahm Pat. seinen Beruf als Lastträger wieder auf. **Strauss** (Nürnberg).

24) **Tweedle.** Aneurysm of the foot.
(Brit. med. journ. 1907. September 21.)

Bei einem 25jährigen Mädchen findet sich am linken Fußrücken entsprechend dem Lisfranc'schen Gelenk ein Aneurysma (1 : 1½ Zoll groß), dessen Pulsation auch in der Mitte der Sohle nachweisbar ist. An der Fußsohle zwei Geschwüre, Allgemeinzustand schlecht. Unterbindung der Tibialis antica war erfolglos gewesen. Daher wurden, um die Amputation zu umgehen und weiteren Spontanblutungen vorzubeugen, die in ein Bündel Gefäße aufgelöste Art. dorsalis pedis und mehrere Seitenäste unterbunden und, als das auch nichts half, in gleicher Sitzung die Tibialis postica. Die Pulsation verschwand jetzt sofort. Nach kurzer Zeit Rückfall. Weitere Unterbindung von Ästen der Dorsalis pedis, am Malleolus externus und Freilegung des dorsalen und plantaren Sackes, Ausräumung und Tamponade. Heilung durch Granulation. Endergebnis: Hälfte der kleinen Zehe fehlt, die übrigen in ihrer Beweglichkeit sehr gestört, Gang sehr gebessert. Geschwüre geheilt, keine Pulsation mehr. Der dorsale Sack lag zwischen Haut und Tarsalknochen zwischen den Strecksehnen, der plantare zwischen oberflächlicher und tiefer Schicht der Muskeln der Sohle. Über die Ursache der Entstehung ist nichts angegeben. **Weber** (Dresden).

25) **Cuff.** Spontaneous aneurysm of the dorsalis pedis artery.
(Brit. med. journ. 1907. Juli 6.)

Aneurysmen der Fußarterien sind äußerst selten und fast stets traumatisch bedingt. C.'s Fall betraf eine 53jährige Frau, die seit 2 Jahren eine kleine Schwellung am Fußrücken beobachtete. Kein Trauma, keine Lues. Am Fußrücken pulsierende, zusammendrückbare, walnußgroße Geschwulst mit allen Zeichen eines Aneurysmas bei mäßiger allgemeiner Atheromatose. Exzision. Heilung. Das resezierte Stück zeigte Endarteriitis mit Verdickung. **Weber** (Dresden).

26) **Nitch.** Pneumococcic arthritis in children, with a report of two cases.
(Brit. med. journ. 1907. September 21.)

1. Fall: 1jähriges Mädchen erkrankt 10 Tage nach einer Bronchitis an einer schmerzlosen Kniegelenkschwellung. Aus dem aspirierten, dicken, geruchlosen, grüngelben Eiter wurden Pneumokokken in Reinkultur gewonnen. Arthrotomie

und Spülungen wegen Wiederansammlung. Heilung mit völlig beweglichem Knie in 4 Wochen.

2. Fall: 6monatiges Mädchen mit der gleichen Erkrankungsform am Knie. Arthrotomie. Pneumokokken in Reinkultur. Sepsis. Tod.

Im Anschluß an diese beiden Fälle bespricht N. kurz die Statistik der bisher beschriebenen etwa 100 Fälle nach Infektion, Lokalisierung, Anzeichen, Prognose und Behandlung. **Weber** (Dresden).

27) Simon et Hocke. Tuberculisation ultime d'une arthropathie tabétique.

(Revue méd. de l'Est 1907. Juni 15.)

Die Verff. teilen folgenden, auch durch die Autopsie bestätigten Fall von sekundärer tuberkulöser Infektion einer tabischen Arthropathie des Knies mit.

Der 41jährige Pat. mit deutlichen Erscheinungen von Tabes erkrankte plötzlich an einer schmerzlosen Schwellung und Rötung des linken Kniegelenkes ohne erheblichen Gelenkerguß. Die Erkrankung ging in eine typische Tabesarthropathie über und blieb über 2 Jahre stationär. Dann bildeten sich an verschiedenen Stellen des Gelenkes Abszesse, und es entwickelte sich eine Lungentuberkulose, an der Pat. nach 13 Monaten zugrunde ging. Die Autopsie zeigte tuberkulöse Veränderungen im Gelenke, besonders Eiterherde und Reiskörper, an welchen Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden; im ganzen war es das Bild einer Umwandlung der Arthropathia tabica in tuberkulöse Arthritis. **Mohr** (Bielefeld).

28) Lexer. Durch Resektion gewonnenes Kniegelenkpräparat (Chondromatose der Gelenkkapsel).

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 13.)

Die chondromatösen Neubildungen der Synovialis drängen den Gelenkspalt daumenbreit auseinander und wachsen an verschiedenen Stellen durch die Muskulatur. Auch der Gelenkknorpel ist zum Teil an den Wucherungen beteiligt. Das Bild erinnert an den von Reichel beschriebenen Fall einer Chondromatose der Kniegelenkkapsel. **Borchard** (Posen).

29) Doberauer. Resektion von Knochensarkomen mit Plastik.

Sitzungsbericht der wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 10.)

D. resezierte ein myelogenes Sarkom des Schienbeinkopfes und füllte den 12 cm hohen Defekt durch einen osteoplastischen Lappen aus der Kniescheibe teilweise aus; er heilte fest knöchern ein und vermittelte eine gute Funktion der Extremität. **Gutzeit** (Neidenburg).

30) Drew. Bone-grafting and regeneration.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

D. pflanzte einem Seemanne, der nach schwerer Zertrümmerung seines Unterschenkels ein unbrauchbares Bein als Ergebnis 3 Monate langer, erhaltender Behandlung davongetragen hatte, die längs gespaltene, ganz frisch einem Lamm entnommene Tibia in die 2 Zoll lange Lücke ein. Nach $3^1/_2$ Monaten war der Mann voll arbeitsfähig. **Weber** (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 3. Sonnabend, den 18. Januar 1908.

Albert Hoffa †

Eine erschütternde Nachricht hat mir der Telegraph am heutigen Neujahrsmorgen gebracht. Albert Hoffa, mein Lehrer, mein Freund, ist nicht mehr! In den letzten Stunden des gestrigen Tages hat er die Augen zum ewigen Schlummer geschlossen. Die Glocken, welche das neue Jahr begrüßten, läuteten ihm das Sterbegeläut! Von einer Konsultationsreise, welche ihn in den Weihnachtstagen ins Ausland gerufen hat, hat er sein Heim nicht wieder erreicht. Er starb in Köln an einer Sklerose der Coronararterien. Mitten aus seinem Schaffen, in der Blüte der Jahre, noch nicht 49 Jahre alt, hat der Tod uns diesen Mann genommen, der so vielen so viel gewesen ist. Tausenden werden die Tränen über die Wangen fließen, wenn sie die Nachricht erreicht, daß der große Arzt, dem sie Genesung, dem sie Gesundheit, Lebensfreude und Lebensglück verdanken, sie nicht mehr beraten kann, daß die Hand, welche so wunderbar Schmerzen nahm und so wunderbar Kraft gab, kalt und starr geworden ist. Trauer bedeutet die Kunde von Hoffa's Scheiden für die deutsche Ärzteschaft, der er einer der besten Lehrer gewesen ist. Einen unersetzlichen Verlust sagt sie den Orthopäden der ganzen Welt an. Der Vater der modernen Orthopädie, das Herz des Ganzen ist er gewesen. Schweres Herzensleid erfahren die, welche ihn Freund nennen durften. Sie finden keinen, der je denselben Platz einnehmen könnte.

Albert Hoffa war geboren am 31. März 1859 in Richmond in Südafrika, als Sohn eines aus Kassel stammenden deutschen Arztes. Schon als Knabe von 7 Jahren kam er nach Deutschland. Er besuchte in Kassel das Gymnasium und studierte dann in Marburg und Freiburg Medizin. Nach Erlangung der Approbation

wurde er Assistent am Würzburger Juliusspital unter Maas. 1886 habilitierte er sich in dieser Stellung. Der frühzeitige Tod seines Lehrers brachte ihm eine Störung seiner Pläne. Er schied aus seiner Stellung an der Klinik aus und gründete sich eine eigene Privatklinik. Das war der Punkt, von dem aus er den Weg zu seiner eigenartigen Entwicklung fand.

Während er zuerst auf bakteriologischem und auf rein chirurgischem Gebiete gearbeitet hatte, wandte er sich nun dem Gebiete der Orthopädie zu, und auf diesem Gebiete hat er das größte geleistet, was überhaupt bis heute ein Mensch auf demselben geleistet hat.

Die Würzburger Privatklinik entwickelte sich in wenig Jahren zu einer Weltanstalt. Als ich im Jahre 1895 Assistent an derselben wurde, konnte man in unserem Hause schon die Sprachen aller Kulturnationen hören. Der Andrang der Patienten war so bedeutend, daß eine Vergrößerung der Anstalt die andere treiben mußte. Schließlich entstand ein ganzer Gebäudekomplex mit teilweise höchst luxuriösen Einrichtungen.

Als 1902 Julius Wolff starb, erhielt Hoffa den Ruf, dessen Nachfolger zu werden. Er folgte demselben. Wie er in Berlin gewirkt, wie er bewiesen hat, daß er dort der rechte Mann an rechter Stelle war, das ist allgemein bekannt. Ich brauche darauf nicht hinzuweisen.

Hinweisen möchte ich aber auf seine Bedeutung für die Orthopädie.

Die Orthopädie ist eine alte Kunst, die aber durch Jahrhunderte hindurch nicht leben und nicht sterben konnte. Der Leiden, welche orthopädische Hilfe erfordern, sind allezeit viele gewesen, aber der Mittel zu ihrer Behandlung waren wenig, und diese dazu meistens recht bescheiden in ihrer Wirksamkeit. Hoffa brachte in einem meisterhaft abgefaßten Lehrbuche zusammen, was in der ärztlichen Wissenschaft und Kunst für die Orthopädie vorhanden war, er gab dazu, was sein ingeniöser Kopf erfand, er sammelte in der von ihm gegründeten Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, was im In- und Ausland auf dem Gebiete der Orthopädie neues geschaffen wurde. Von ihm aus gingen die ersten Anregungen zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. Er ist der leitende Geist dieser Gesellschaft gewesen, solange sie besteht; er hat in erster Linie dafür gesorgt, daß die Verhandlungen derselben so anregend und fruchtbar gewesen sind.

Hoffa ist der erste gewesen, der eine mustergültige orthopädische Anstalt geschaffen hat. Er hatte es erkannt, daß man orthopädische Kuren in denkbarster Vollkommenheit nur in An-

stalten ausführen könne, und daß in diesen Anstalten alle in Frage kommenden therapeutischen Mittel gleich vollkommen und gleich bequem zur Verfügung stehen müssen. Von Haus aus Chirurg, hat Hoffa gern mit dem Messer gearbeitet, und er verstand dasselbe zu führen wie selten einer. Ebenso beherrschte Hoffa aber auch die orthopädische Technik. Frühzeitig hatte er die Vorzüge der Hessing-Apparate erkannt. Er gliederte an seine junge Privatklinik in Würzburg eine orthopädische Werkstatt an. Er erkannte, welche mächtigen Hilfsmittel der Orthopädie Massage und Gymnastik seien. Er verstand es, diese in ein wissenschaftliches Gewand zu bringen und für die Orthopädie voll nutzbar zu machen.

Alle diese Mittel handhabte er mit demselben Geschick. So konnte er die Erfolge erreichen, welche seinen Ruhm in alle Lande trugen.

Noch ein paar Worte über Hoffa als Mensch. Niemand konnte mit ihm irgendwie näher in Berührung kommen, ohne ihn auch als Mensch kennen, achten und lieben zu lernen. Nie wieder habe ich ein so inniges Verhältnis zwischen Arzt und Patient gesehen, als in der Hoffa'schen Praxis. Mit welch' rührender Liebe hingen die Patienten an ihrem Arzte — selbst die, welchen auch seine Meisterhand nicht Gesundheit geben konnte. Wie oft wurde aus Arzt und Patient Freund und Freund!

Nie wieder habe ich so enge Beziehungen zwischen Lehrer und Schüler gesehen, als zwischen Hoffa und seinen Assistenten. Allen brachte er Interesse entgegen, allen wahrte er Freundschaft, allen stand er mit Rat und Tat zur Seite. Allen bot er außer seinem Wissen auch sein Herz. Wer aber ganz ermessen wollte, wievieler Liebe dieses Herz fähig sei, der mußte den Verkehr des Heimgegangenen mit seiner Familie kennen lernen, der mußte besonders auch den Verkehr des Sohnes mit seiner betagten Mutter sehen.

Möge es diesen ein Trost sein, daß ihre Trauer von so vielen mit getragen wird.

Dresden, am 1. Januar 1908.

A. Schanz.

Inhalt.

I.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Rostock.
Prof. Dr. W. Müller.

Über Urinbefunde nach Lumbalanästhesie mit Stovain (Billon).

Von
Dr. Hosemann, Assistenzarzt.

In Nr. 13 und 23 dieses Zentralbl. (Jahrgang 1907) hat Schwarz eine Serie von 60 Urinuntersuchungen nach Lumbalanästhesie mit Stovain-Riedel veröffentlicht. Er fand in 78,33% seiner Fälle, die alle vor der Anästhesierung normalen Urinbefund aufwiesen, eine »mehr oder minder schwere Nierenaffektion« und fordert zu ähnlichen Untersuchungen auch bei Verwendung anderer Anästhetika auf. Das Interesse einer systematischen Prüfung dieser Frage liegt auf der Hand. Da sowohl die Äther- als die Chloroformnarkose schädigend auf die Nieren einwirkt, sind nach Ansicht der meisten Autoren beide Arten von Narkosen bei bestehender Nephritis, wenigstens bei den schweren Fällen, tunlichst zu vermeiden. Die Untersuchungen von Schwarz bieten wenig Hoffnung, daß die Bier'sche Lumbalanästhesie berufen sein könnte, diese Lücke, wenn auch nur zum Teil, auszufüllen.

Im folgenden soll über eine Reihe von 60 Fällen berichtet werden, bei denen — ohne Auswahl — systematische Urinuntersuchungen vorgenommen wurden, die, wenn möglich, einige Tage vor der Anästhesierung begonnen und durchschnittlich 3 Wochen nach derselben abgeschlossen wurden.

Deetz[1] hat über unsere ersten 360 Lumbalanästhesien berichtet. Seitdem haben wir weiter von der Bier'schen Leitungsanästhesie ausgedehnten Gebrauch gemacht, so daß wir jetzt über 955 Fälle verfügen. Wir verwenden von Anfang an ausschließlich Stovain-Billon (mit Adrenalinzusatz), von dem wir meist 0,04 bis 0,06 g, bei Kindern 0,03—0,04 g injizieren. Während wir anfangs die lumbale Stovainisierung auch bei Operationen am Thorax in Anwendung zogen, haben wir sie in der letzten Zeit nur noch bei Eingriffen unterhalb des Rippenbogens benutzt, seitdem wir bei der Eröffnung eines in die Lunge perforierten Empyems einen Todesfall (durch Eiteraspiration?) erlebten; da vorher deutliche Zeichen von Atmungslähmung aufgetreten waren, glaubten wir für diesen Ausgang die hohe Rückenmarksanästhesie mit verantwortlich machen zu müssen.

Später haben wir keine Todesfälle mehr zu verzeichnen gehabt und sind mit zunehmender Erfahrung und Übung mehr und mehr von der Methode befriedigt gewesen, da »Versager« immer seltener wurden, störende Neben- und Nachwirkungen ebenfalls immer spärlicher auftraten. Erwähnen möchte ich noch, daß wir in jüngster Zeit bei Kopfschmerzen, die sich nach der Lumbalanästhesie einstellten und zum Teil mehrere Tage anhielten, mit gutem Erfolge subkutane Kochsalzinfusionen angewandt haben. Veranlaßt wurden wir dazu durch die Beobachtung, daß der Lumbaldruck in solchen Fällen noch nach Tagen sehr beträchtlich herabgesetzt sein kann.

Die Urinuntersuchungen wurden anfangs täglich, später alle 2—3 Tage ausgeführt, und zwar derart, daß der frisch gelassene Urin in gut gespülten, vorher mit konzentrierter Schwefelsäure gereinigten Röhrchen zentrifugiert wurde, wobei er im Falle stärkerer Konzentration vorher leicht erwärmt wurde bis zur Lösung der Salze. Bei weniger konzentriertem Urin wurde meist 2—3 Stunden sedimentiert, dekantiert, die Bodenflüssigkeit zentrifugiert.

Zur Eiweißprobe wurde der event. erwärmte Urin auf konzentrierte Salpetersäure geschichtet.

Von den 60 Fällen ergaben bei den Voruntersuchungen einen ganz normalen Urinbefund 48, ausgesprochene Zeichen einer Nephritis (reichlich Eiweiß und hyaline Zylinder) 3 Fälle, 2 weitere eine leichte Albuminurie. Bei den übrigen 7 fanden sich neben wenigen hyalinen auch einzelne granulierte Zylinder, zum Teil (3mal) auch rote Blutkörperchen, aber kein Eiweiß. Das Vorkommen einzelner hyaliner Zylinder wurde häufiger beobachtet, bewegte sich aber — abgesehen von den eben erwähnten 7 Fällen — in normalen Grenzen.

Eine schwerere Nephritis entstand nach der Rückenmarksanästhesie in keinem der Fälle, eine leichte Zylindrurie (einige hyaline, ganz vereinzelte granulierte Zylinder, wenige rote und weiße Blutkörperchen, kein Eiweiß) in 2 Fällen. Sie begann am Tage nach der Injektion und hielt 3 bzw. 4 Tage an.

Albuminurie trat 4mal auf. Sie war stets geringgradig, so daß im Esbach-schen Röhrchen nur ein flacher, nicht meßbarer Bodensatz (< $1/2$ ‰) entstand, und dauerte im ersten Falle nur 2 Tage; im zweiten wurde sie am 2.—5. Tage und später nochmal vorübergehend in der 4. Woche nach der Injektion gefunden, um dann zu verschwinden. Abnorme Formbestandteile fanden sich nicht.

In den beiden anderen Fällen war die Schichtungsprobe nur je an einem Tage (2. bzw. 4. Tag) positiv, nachdem die Temperatur angestiegen war; da bei ihrem Sinken die Eiweißreaktion wieder schwand und außerdem in dem einen Falle eine Fasciennekrose eintrat, erscheint es fraglich, ob die Albuminurie hier überhaupt durch die Stovainisierung bedingt war. Keiner dieser 6 Fälle war von Nachwirkungen anderer Art begleitet.

Fügen wir hinzu, daß in 3 Fällen vorübergehend einige rote Blutkörperchen bald nach der Injektion gefunden wurden, und daß einige Male Leukocyten auftraten, oder bei vorherigem Vorhandensein ihre Zahl sich vermehrte, ohne daß

---

[1] Deetz, Erfahrungen an 360 Lumbalanästhesien mit Stovain-Adrenalin (Billon). Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 28.

ihre Herkunft mit Sicherheit sich feststellen ließ, so haben wir aller abnormen Befunde Erwähnung getan.

Dem gegenüber ist zu bemerken, daß die vor der Operation festgestellten Nephritiden und Albuminurien sich nicht verschlimmerten, sondern eher besserten, daß in den 7 Fällen von Zylindrurie kein Eiweiß auftrat und nur einmal die Zahl der Zylinder vermehrt schien, während sie 6mal abnahm. Bei einer Sprunggelenkstuberkulose schwand der Eiweißgehalt gleich nach der Resektion mit dem Sinken der Temperatur, und der Urin blieb dauernd normal.

Bei einer frischen traumatischen Hüftluxation ergab die Voruntersuchung eine Hämaturie mit Zylindrurie. Die Reposition wurde in Lumbalanästhesie ausgeführt; am 2. Tage danach waren die Erythrocyten, am 6. Tage die Zylinder aus dem Harn geschwunden.

Ein 14jähriger Knabe mit Osteomyelitis und einer schweren chronischen Nephritis (Zylindrurie, Albumen 12‰ Esbach vor der Operation) vertrug die Stovainisation ausgezeichnet, der Eiweißgehalt nahm nach der Operation ab, bald auch die Zahl der Zylinder.

In 2 Fällen wurden bei demselben Pat. zwei Lumbalanästhesien bald nacheinander gemacht; der Urin blieb normal.

Es muß auffallen, wie weit das Resultat unserer Untersuchungen mit dem von Schwarz differiert, selbst wenn man in Betracht zieht, daß bei einem verhältnismäßig so kleinen zur Beobachtung herangezogenen Material Zufälligkeiten durchaus möglich sind und schwerer ins Gewicht fallen. Schwarz fand unter seinen 60 Fällen 47 Nierenaffektionen (!), die nach der Medullaranästhesie entstanden, darunter 15 schwerere mit etwa ½‰ Eiweiß und zahlreichen Zylindern, 4 gar mit 2—7‰ Eiweiß. Dem gegenüber nimmt es Wunder, daß sich in der schon recht stark angewachsenen Literatur über die Bier'sche Lumbalanästhesie nur ganz vereinzelte Fälle von Nierenschädigung finden, so bei Veit[2] eine Albuminurie (unter 150 Fällen), bei Sonnenburg[3] Steigerung einer Nephritis (unter 114 Fällen), während B. Müller[4] angibt, daß nur große Dosen (mehr als 0,1 g) Stovain die Niere schädigen können.

Während bei uns durchschnittlich 0,05 g Stovain in Anwendung kamen, wurden bei dem Schwarz'schen Fällen stets nur 0,04 g Stovain injiziert.

Es fragt sich, ob das chemische Präparat (bei uns Billon[5], dort Riedel) verantwortlich gemacht werden kann für die so verschiedenen Untersuchungsergebnisse. Schwarz erwägt diese Möglichkeit am Schluß seiner Arbeit. Und in der Sonnenburg'schen Klinik[6] selbst hat man in der Wirkung der beiden Präparate einen Unterschied konstatiert zuungunsten des Riedel'schen. Läwen[7] legt Gewicht

[2] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LIII. p. 751.

[3] v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 157. Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1906. p. 656.

[4] Sammlung klin. Vorträge Nr. 428. Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1906. p. 1056.

[5] Das Billon'sche Präparat enthält in 1 ccm: Borsaures Adrenalin 0,00013, Stovain 0,04, Chlornatrium 0,0011.

[6] Oelsner, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1907. p. 560.

[7] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. L. Hft. 2.

auf den Gehalt des Stovains an dissoziierter Salzsäure in Hinsicht auf die Nervenschädigung. Außerdem kommt Menge und Art des Nebennierenpräparates in Betracht. Ehe nicht weitere Untersuchungen, event. auch mit anderen Anästheticis, angestellt sind, wird sich diese Frage nicht entscheiden lassen; ihre weitere Prüfung erscheint durchaus geboten.

Nach dem Ergebnis unserer Untersuchungen ist die nierenschädigende Wirkung der Lumbalanästhesie (Stovain-Billon), wie sie bei uns geübt wird, nicht sehr zu fürchten; selbst eine schwerere Nephritis scheint nicht ohne weiteres eine Kontraindikation für ihre Anwendung zu bilden. Übrigens sind sämtliche Nephritiden bei Schwarz, selbst die schweren, günstig verlaufen und haben keine dauernde Nierenschädigung hinterlassen.

Angesichts der Tatsache, daß sowohl die Chloroform- als die Äthernarkose nicht so selten Albuminurie verursacht[8] (Literatur bei Wunderlich[9], Offergeld[10]) und schwerste, tödliche Nephritiden zur Folge haben kann, scheint uns die Lumbalanästhesie ein für die Nieren relativ ungefährlicher Eingriff zu sein, der uns vielleicht gerade dann die besten Dienste leisten wird, wenn eine schon bestehende Nierenerkrankung die Einleitung der Inhalationsnarkose verbietet.

II.

Aus der chirurgisch-gynäkologischen Klinik des Stabsarzt a. D. Dr. Evler in Treptow a. R.

Zur Behandlung von Schlüsselbeinbrüchen: Chromlederstreckverband mit eingeschaltetem künstlichen Strebebogen[1].

Von

Dr. Evler.

Bei der Menge von Verbänden, welche zur Behandlung von Schlüsselbeinbrüchen schon angegeben sind, würde ich mit einem neuen nicht hervortreten, wenn er nicht augenfällige Vorzüge vor anderen darböte, wie eine fast unbeschränkte Gebrauchsfähigkeit des Armes der verletzten Seite und die Möglichkeit, denselben Apparat entsprechend den Körperformen Erwachsener sich leicht zurechtzupassen.

Mit dem Bruche des Schlüsselbeins verliert der Schultergürtel

[8] Nach Chloroformnarkosen sind bis 68% Albuminurie beobachtet. (Sironi und Alessandri).

[9] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XI. p. 535.

[10] Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXV. p. 758.

[1] Demonstration des Apparates fand in der Stettiner militärärztlichen Gesellschaft am 7. Dezember 1907 statt.

den Strebebogen, der ihn im Abstande von dem Brustkorbe hält; er folgt nunmehr mit dem äußeren Bruchstücke der Schwere des Armes, die ihn nach unten zieht und der Brustwand nähert und dem Zuge der Brustmuskeln, welche ihn mit dem Arme nach vorn und einwärts verschieben. Ein idealer Verband müßte für den gebrochenen Strebebogen einen Ersatz enthalten.

Dieser Gedanke ist nicht neu.

Papini[2] (1835) fügt zu seinem in Rückenlage anzuwendenden dem Boyer'schen ähnlichen Verbande mit Brust- und Armgürtel eine die Stelle des gebrochenen Schlüsselbeins vertretende Holzschiene hinzu, welche innen in dem Verbande durch einen Riemen, außen mittels einer ledernen Schulterkappe befestigt war.

Auch in Heusner's[3] Apparat (1895), bei welchem Unter- und Oberarmhülsen und am Rumpf ein Schienenverband angegeben sind, ist ein künstliches Schlüsselbein eingeschaltet, an dem durch Hebelwirkung die Schulter nach hinten und oben gezogen werden kann.

Beide Apparate haben keine Verbreitung gefunden, und es ist dies auch erklärlich bei einer Verletzung, bei der in den meisten Fällen eine Mitella oder doch der Moore'sche Tuchverband, die v. Büngner'sche T-Binde oder der Sayre'sche Heftpflasterverband genügen und auch eine Heilung mit geringer Dislokation die Funktion nicht beeinträchtigt.

Wenn ich das von mir angewendete[4] Prinzip der Frakturenbehandlung durch den Chromlederstreckverband auch auf die Schlüsselbeinbrüche ausgedehnt habe, so geschah es, um ohne Ruhigstellung des Armes das gebrochene Schlüsselbein durch einen künstlichen Strebebogen zu ersetzen und doch das nach Gurlt und König vollkommenste zu erreichen: Rückwärts-, Aufwärts- und Auswärtsziehen beschränkt nur auf die verletzte Schulter.

Ein 4—5 cm breiter, $1/_2$ cm dicker Chromlederstreifen von ca. 90 cm Länge, der unter der Achsel der verletzten (z. B. rechten) Seite verläuft und auf der gegenüberliegenden (linken) Schulter durch Schnüren oder Schnallen geschlossen wird, hebt den verletzten Schultergürtel und entspannt den M. sternocleidomastoideus derselben Seite; er trägt zum Einschrauben eines vernickelten Stahlstabes in Höhe des oberen Brustbeines ein Stahlblechstück von ca. 10 cm Länge, 2,5 cm Breite mit einer Reihe von Schraubengewinden; es wird so Benutzung für beide Brustseiten ermöglicht.

Für die Achsel ist diesem dicken Chromlederstreifen ein dünner, 3—4 cm breiter angenäht, der auf der Schulter über dem Lig. acromioclaviculare geschlossen wird und vorn oben mittels einer dicken Chromlederplatte ein 5 cm langes Stahlblech mit einigen Gewinden aufgenietet erhalten hat; um der Schulterkappe eine, wenn nötig,

---

[2] Gurlt, Knochenbrüche. Bd. II. p. 642.

[3] Hoffa, Lehrbuch der Frakturen und Luxationen. 4. Aufl. 1904. p. 149 und Handbuch der prakt. Chirurgie. 2. Aufl. Bd. IV.

[4] Med. Klinik 1907. Nr. 11.

größere Weite zu geben, sind auf dem Lederstreifen zwei Reihen Schnürhaken vorgesehen.

Durch passendes Einschrauben in die Gewinde wird der erwähnte Stahlstab von ca. 20 cm Länge, 1 cm Breite, 3 mm Dicke, der hierzu viele Löcher enthält, derart ausgespannt, daß er an Stelle des gebrochenen Schlüsselbeines einen genügenden Druck nach aufwärts, auswärts und rückwärts ausübt; unterstüzt wird seine Wirkung durch einen 3 cm breiten dünnen Chromlederriemen, der, ähnlich dem Zuge des M. trapezius wirkend, über den Schulterblättern von dem dicken Chromledergürtel seinen Ausgang nimmt und hinten oben an der Schulter angreift.

Um jede Verschiebung des Ledergürtels zu verhindern, ist schließlich an ihm ein dünner Lederriemen unter der gesunden Achsel von den Schulternblättern aus bis nach dem Brustbein zu geführt.



Das Anlegen des Verbandes[5], der, allerdings mit Umkippen der dünnen Riemen, auch für die andere Körperseite benutzt werden kann, beginnt zunächst mit dem Anpassen des langen, dicken Chromledergürtels; dann wird durch festes Anziehen der beiden dünnen Chromlederstreifen über der Achsel die Schulterkappe gebildet und an diese der hinten am Chromledergürtel angenähte kürzere, dünne

[5] Der Apparat ist nach Material und Arbeitszeit für 10 ℳ herzustellen.

Chromlederriemen angeknöpft, während der längere ebenfalls hinten angenähte Riemen mit der Vorderseite unter der gesunden Achsel zu verbinden ist; nun wird der Stahlstab in der Lage, in welcher er als Strebebogen wirksam jede Dislokation der Bruchenden verhütet, festgeschraubt. Schließlich ist der eine oder andere der Riemen nachzuziehen.

Im Juli v. J. habe ich mit diesem Apparat einen rechtsseitigen Schlüsselbeinbruch mit gutem anatomischen und funktionellen Resultat und zur Zufriedenheit des Pat., der in dem Verbande sich an- und auskleidete, kutschieren und Radfahren konnte, behandelt.



Der Bruch war wie die meisten ein indirekter, durch Fall auf die Schulter beim Radeln entstanden; an der Grenze des mittleren und äußeren Drittels. Das innere Bruchstück ritt auf dem äußeren, die typische Dislokation war beträchtlich; sie ließ sich ohne Narkose nicht ganz, aber ziemlich vollkommen zurückbringen; die erreichte redressierte Stellung blieb im Apparat erhalten, ohne daß eine Druckstelle oder Wundwerden der Achselhöhle auftrat.

Bei der Häufigkeit der Schlüsselbeinfrakturen — 15 % aller Brüche — dürfte Hebung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit durch die Behandlung im Chromlederstreckverbande zugunsten desselben ins Gewicht

fallen, bei einseitigen und noch mehr bei den seltenen doppelseitigen Schlüsselbeinbrüchen; würden doch in jedem Falle 2—3 Wochen gewonnen werden, welche für den Verletzten bei Beweglichkeit beider Arme nicht nur angenehmer als mit Binden- oder Tuchverbänden ablaufen, sondern unter Umständen auch nutzbringender.

---

1) **Ch. E. de M. Sajous.** The internal secretions and the principles of medicine. II. Bd. 1071 S. 55 Illustrationen.

Philadelphia, **F. A. Davis Company,** 1907.

Der zweite Teil des Werkes (vgl. Referat über den ersten Teil Zentralblatt für Chirurgie 1903 Nr. 34) enthält in seiner ersten Hälfte S.'s Ansichten über die funktionelle Bedeutung des Nebennieren- und Zirbeldrüsensystems. Die Ausführungen stehen in scharfem Gegensatz zu den bisher herrschenden Anschauungen. S. gründet seine Darlegungen zumeist auf das Studium und die Sammlung der bisherigen Veröffentlichungen experimenteller und klinischer Tatsachen und reiht an dieselben seine Spekulationen. So eilt er denn den heutigen Kenntnissen weit voraus.

Die zweite Hälfte des Werkes behandelt die Beeinflussung der inneren Sekretionen durch pharmakologische Agentien, ferner die Bedeutung und die Rolle, welche den inneren Sekretionen in der Pathologie und Therapie zukommt. Den Schluß des Werkes bildet eine kurze Lehre der Vergiftungen.

Kranepuhl (Kassel).

2) **Coenen.** Die geschichtliche Entwicklung der Lehre vom Basalzellenkrebs.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 22.)

Der Vortrag Clairmont's auf dem Chirurgenkongreß 1907 (s. ds. Blatt 1907 p. 1399) gibt dem Verf. Veranlassung, obiges Thema näher zu besprechen. Krompecher und Borrmann haben zuerst die epitheliale Abstammung der früher als Hautendotheliome beschriebenen, besonders im Gesicht beobachteten Geschwulst bewiesen. Während sie Krompecher von den basalen Zellen des Rete Malpighi ableitet, führt Borrmann sie auf embryonal ins Corium versprengte Basalzellen zurück und schlägt für sie den Namen Coriumkarzinom vor. Beide Autoren erkennen der fötalen Gesichtsspaltenbildung eine ätiologische Rolle für ihre Entstehung zu. Jedenfalls gilt das nur für die schräge Gesichtsspalte, in deren Bereich diese Krebse häufig sind. In der Spalte zwischen äußerem und innerem Nasenfortsatz, deren Verschluß am häufigsten gestört ist (Hasenscharte), kommen sie nie zur Beobachtung. Gegenüber Krompecher und Borrmann hält C. an seiner Auffassung von der subepithelialen Entstehung dieser Geschwülste aus den Epithelzellen der Schweiß- und Talgdrüsen und der Haarbälge fest. Ihre Verbindung mit den Basalzellen der Deckschicht ist sekundär.

Gutzeit (Neidenburg).

*

3) **Haun.** Zur Narkose mit erwärmtem Chloroform.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

Der von ihm allerdings erst in wenigen Fällen angewandten Narkose mit Chloroform, das in heißem Wasser erwärmt und warm gehalten wird, rühmt H. nach, daß die Betäubung rascher eintrete, leichter verlaufe, das Erwachen schneller geschehe, und üble Nachwirkungen ausbleiben. H. glaubt, daß das durch Erwärmen leichtere Chloroform zum großen Teil direkt in die Alveolen und dort rasch zur Resorption gelange, während das kalte, schwere Chloroformgas sich in der Hauptsache schon auf den Schleimhäuten der oberen Luftwege niederschlage und dort langsamer, auch noch nach beendeter Operation, resorbiert werde.

Kramer (Glogau).

---

4) **F. Winkler.** Die lokale Herabsetzung des Schmerzsinnes durch den elektrischen Strom.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 6.)

W. berichtet über die von Leduc und Mann unternommenen Versuche, mit intermittierendem Gleichstrome von niedriger Spannung die Schmerzempfindung herabzusetzen. Er selbst hat mit einem von Reiniger, Gebbert und Schall konstruierten Apparat gearbeitet und Hyp- bis Anästhesie erzielt, das Juckgefühl unterdrückt, die Epilation schmerzlos gestaltet. (Details siehe Original.)

Jadassohn (Bern).

---

5) **F. Winkler.** Experimentelle Studien über den Einfluß der elektrostatischen Behandlung auf die Vasomotoren der Haut.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 2.)

Durch mannigfache Versuche hat Verf. die vasokonstriktorische Wirkung der Franklinisation demonstriert (Menschen und Tiere; Stauungs-, arterielle Hyperämie usw.; Erytheme, Rosacea). Zur Vermeidung von Röntgenschädigungen (wenn eine Zerstörung pathologischen Gewebes nicht beabsichtigt wird) kann man mit Vorteil die Franklinisation benutzen. Ähnlich wirkt auch der »Morton'sche Funken«, während die »eigentliche Mortonisation« eine Hyperämie veranlaßt. Bei der Arsonvalisation entsteht bei stiller Entladung Vasokonstriktion, beim Arsonval'schen Funken Vasodilatation und Extravasat von Blut. Aus diesen experimentellen Erfahrungen zieht dann der Verf. seine Schlüsse für die Praxis.

Jadassohn (Bern).

---

6) **de Keating-Hart.** L'action des courants de haute frequence et de haute tension dans le traitement de cancers.

(Bull. de l'acad. de méd. 1907. Nr. 31)

Pozzi referiert in der Gesellschaft über dieses neue Verfahren, mit dem sein Entdecker bei sehr vorgeschrittenen, zum Teil inoperablen Karzinomen der verschiedensten Körperteile überraschende

Heilungsresultate erzielt hat. Pozzi hat das Verfahren auf seiner Abteilung an inoperablen Uteruskrebsen nachgeprüft und bestätigt, daß es blutstillend, analgesierend und auf das Geschwulstgewebe in elektiver Weise zerstörend einwirkt. Nach einer solchen elektrischen Sitzung kann man mit Löffel oder Messer die betroffenen Geschwulstmassen ganz ohne Blutung entfernen. Diese abwechslungsweise instrumentell vorgenommene Entfernung der nekrotisierten Geschwulstmassen ist ein integrierender Bestandteil der Methode.

Pozzi und seine Assistenten haben nach diesen Sitzungen die Erweichung harter Geschwulstmassen mit Sicherheit beobachtet. Knoten, die vorher für den Löffel zu hart gewesen waren, konnten nachher leicht entfernt werden.

Als Nachteil muß die zu jeder Sitzung nötige Narkose bezeichnet werden. Irgendwelche Störungen des Allgemeinbefindens (Atmung, Herz u. dgl.) waren niemals hervorgerufen worden.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

7) **Riedel** (Jena). Über die Blinddarmentzündung der Kinder.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. No. 48.)

Während Erwachsene, durch das Auftreten intensiven Leibschmerzes auf die drohende Gefahr einer Appendixperforation aufmerksam gemacht, sich derselben durch sofortige Operation entziehen können, hängt das Wohl und Wehe der an Appendicitis erkrankenden Kinder von der Aufmerksamkeit und Einsicht der Eltern resp. des Pflegepersonals ab, so daß die Operation bei ihnen vielfach zu spät zugelassen wird und dann nicht mehr sie zu retten vermag. Das beweist auch R.'s einwandfreie Statistik, nach welcher von 310 Kindern 51 (16,4%, gegenüber 6,7% bei Erwachsenen) starben und auch noch in den letzten 1¾ Jahren von 130 Kindern 17 (= 13% gegenüber 2,9% Erwachsener), die durch die rechtzeitige Operation fast sämtlich am Leben hätten erhalten werden können, zugrunde gegangen sind. Allerdings ist diese traurige Erscheinung auch noch durch andere Gründe, als die oben erwähnten, verursacht, und die Diagnose ist bei Kindern schwerer zu stellen, als bei Erwachsenen, die Appendicitis der Kinder aus pathologisch-anatomischen Ursachen überhaupt viel gefährlicher, als die der Erwachsenen, und schließlich zeigen sich ganz kleine Kinder außerordentlich empfindlich gegen Infektion vom Wurmfortsatz aus. R. weist in ersterer Hinsicht u. a. darauf hin, daß auch eine zentrale Pneumonie, eine Angina mit Bauchschmerzen beginnen kann, daß bei kleinen Mädchen die Bauchhöhle von den Genitalien aus relativ häufig infiziert wird, und zeigt weiterhin, daß gerade bei Kindern vereiterte Kotsteine zu schwerstem Verlauf führen, auch die häufige Appendicitis granulosa bei ihnen erheblich größere Opfer fordert, als beim Erwachsenen. Wenn auch mal gelegentlich ein Kind mit Oxyuren oder anderen harmlosen Fremdkörpern oder mit einer einfachen Typhlitis zu viel operiert wird, so schadet dies nicht, während das Abwarten zahllose Kinder in schwerste Lebensgefahr

resp. ins Grab bringt. Auch bei Kindern muß es gelingen, die Mortalität durch frühzeitige Operation herabzusetzen; nur die werden trotz dieser dem Tode verfallen sein (1%), die ganz ohne Vorboten Perforation des Wurmfortsatzes bekommen. **Kramer** (Glogau).

8) **Hausmann.** Die Palpation des Wurmfortsatzes und ihre Bedeutung bei chronischer Appendicitis.

(Russki Wratsch 1906. Nr. 27. [Russisch.])

Dank der durch die Internisten und besonders Magen-Darmspezialisten angebahnten Fortschritte auf dem Gebiete der Tastung innerer Organe wird vielfach die Frage diskutiert, ob der normale und pathologische Wurmfortsatz tastbar sei. Im Gegensatze zu einer Reihe von Autoren, die der Frage ganz skeptisch gegenüberstehen, kann Verf. sie mit Entschiedenheit bejahen. H., der mehrfach auf dem Gebiete der Palpation gearbeitet hat (Berliner klin. Wochenschrift 1905 Nr. 7 — ebenda 1904 Nr. 44 — Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. XIII Hft. 4) verlangt aber, daß, bevor man an das Aufsuchen des Wurmes geht, vorerst Blinddarm, Pars coecalis ilei, die vom Blinddarm ins kleine Becken zieht, und Colon transversum in ihrer Lage bestimmt werden müssen; denn alle diese Gebilde können, wenn sie spastisch kontrahiert sind, ein wurmförmiges Gebilde vortäuschen. In der vorhergehenden obligatorischen und methodischen Lagefeststellung dieser Gebilde liegt allein die Gewähr, daß ein schließlich noch zu tastender wurmförmiger Körper wirklich der Wurmfortsatz ist.

Weiter verlangt Verf. das Ausüben der Tiefenpalpation, bei der die Finger sachte und vorsichtig — immer das Exspirium benutzend, — bis an die hintere Bauchwand vordringen; dabei sollen sie aus der flachen Haltung immer mehr in die steile übergehen. In der Tiefe dürfen sie keinen senkrechten Druck auf die hintere Bauchwand ausüben, sondern führen streichend gleitende Bewegungen aus, wobei jedes Organ, das unter den Fingern durchgleitet, zur deutlichen Wahrnehmung kommt. Dabei verschieben sich die Finger nicht auf, sondern mit der Bauchhaut.

Am leichtesten läßt sich der Muskelbauch des Psoas tasten; wenn er sanft von oben nach unten mit den Fingern abgestrichen wird, tritt in den meisten Fällen der Wurm als quer über ihn hinweg verlaufendes Gebilde hervor. Er liegt über oder unter der Pars coecalis ilei, die, gleichfalls über den Psoas fortgehend, in das kleine Becken hinabzieht. Eine Verwechslung mit diesem ist nur möglich, wenn sie spastisch kontrahiert ist; sonst ist sie sofort an gurrenden Geräuschen und Volumwechsel zu erkennen.

Sehr reserviert verhält Verf. sich zur diagnostischen Verwertung des McBurney'schen Punktes, wie überhaupt zur Druckschmerzhaftigkeit der Ileocoecalgegend. Soweit die chronische Appendicitis in Frage kommt, kann nur das Tasten eines deutlich schmerzhaften wurmähn-

lichen Gebildes in der beschriebenen Weise die Diagnose sicherstellen; denn bei einer ganzen Reihe nicht Appendicitiskranker bestehen abdominale nervöse Druckpunkte, die örtlich nur zu oft dem McBurneyschen Punkt entsprechen.

Verf. betont mit Singer die Häufigkeit pseudoappendicitischer Prozesse, wendet sich aber entschieden gegen die Meinung Singer's, daß von der Tastung nichts zu erwarten sei. Die von Treves befürchtete Verwechslung mit kontrahierten Muskeln hält Verf. nach seinem Verfahren für ausgeschlossen. Auch die Meinung Albu's, daß der Wurm vom spastisch kontrahierten Blinddarm nicht zu unterscheiden sei, wird entschieden zurückgewiesen. Letzteres muß eben zuerst festgestellt werden, und findet sich in der Ileocoecalgegend lediglich ein wurmähnliches Gebilde, so ist es nicht der Wurm.

Endlich bringt Verf. zwei Krankengeschichten, wo die Diagnose Appendicitis larvata nur durch die Tastung gestellt und der Situs des Wurmes durch die sofort vorgenommene Operation genau bei stätigt wurde.

Wenn die Arbeit auch nicht wesentlich Neues bringt, so ist sie in jedem Fall ein Hinweis, daß bei systematischer Übung, für die H. sehr brauchbare Fingerzeige gibt, die Tastung zu hoher Vollendung gebracht werden kann. **Oettingen** (Berlin).

---

9) **Vignard, Cavaillon et Chabanon.** Les formes postérieures de l'appendicite. 143 S.

(Bibliothèque de »La province medicale«. Paris, **A. Poinat,** 1907.)

Vignard: Les suppurations rétro-caecales et rétrocoliques intra-péritonéales d'origine appendiculaire.

Retrocoecale bzw. retrokolische intraperitoneale Eiterungen hat V. unter 56 Fällen von Blinddarmentzündung 9mal gesehen. In 8 weiteren Fällen hat er lumbare Gegeninzisionen anlegen müssen, ohne daß er eine intraperitoneale Erkrankung nachweisen konnte. V. unterscheidet fünf Lagen des Wurms, die subileale als die häufigste, die Beckenlage bei größerer Länge des Wurms oder tieferer Lage des Blinddarms, die innere oder äußere laterocoecale Lage, die retrocoecale und als seltenste die präcoecale oder präileale Lage. Die Lage des Wurmfortsatzes hinter Blind- und Dickdarm scheint bei Kindern häufiger zu sein als bei Erwachsenen. Nach Mariau tritt der entzündete Wurmfortsatz leicht hinter den Blinddarm, der in geblähtem Zustande sich tiefer senkt.

Die meisten subperitonealen appendicitischen Abszesse sind im Anfang intraperitoneale. Primär entstandene subperitoneale Entzündungen verursachen mehr Phlegmonen in der Fossa iliaca, dem M. psoas und besonders iliacus. Andererseits können selbst bei vorderem Sitze des Wurms durch Infektion auf dem Wege der Lymphgefäße sich Eiterungen unter Dickdarm, Leber und Mesenterium entwickeln. Allgemeine Peritonitis entsteht bei retrocoecalem Sitz des Wurms in der Regel langsamer als bei vorderem Sitz.

Der gewöhnliche Verlauf ist der, daß nach einem Beginne wie bei gewöhnlicher Appendicitis sich zunächst die stürmischen Erscheinungen legen. Am 5.—7. Tage zeigen sich Schmerzen und Fieber wieder, oft auf die erste genommene Nahrung oder ein Abführmittel hin. Bei tiefem Eindrücken fühlt man eine Resistenz und löst Schmerz aus. Dem Puls mißt Verf., besonders bei Kindern, weniger diagnostische Bedeutung bei, weil er den Puls nach Operation im Intervall bei Kindern eine Woche lang bis zu 140 gefunden hat. Das Wichtigste bleibt eine genaue Abtastung des Bauches, besonders der Fossa iliaca und der Lendengegend, ferner rektale Untersuchung und solche der Beweglichkeit des Beines. V. bespricht unter Zugrundelegung von Krankengeschichten die akute Form mit allgemeiner Peritonitis, die septische Form, die akute mit Abszeßbildung, ferner die subakuten Formen.

Wenn man bei der Operation zunächst nichts findet, rät V., den Blinddarm an seiner lateralen Seite abzulösen; dann trifft man auf den Eiter. Lumbare Drainage ist oft nötig und empfehlenswert. Bei Schwierigkeiten gelegentlich der Intervalloperation wird die subseröse Ausschälung des Wurms oft vorteilhaft sein.

P. Cavaillon et M. A. Chabanon. Les suppurations rétropéritonéales d'origine appendiculaire.

Zugrunde gelegt ist eine Beobachtung von Bérard. Ein junger Mann starb an retrokolischer Eiterung nach gut verlaufener Appendektomie.

Blinddarm und Wurmfortsatz hängen einmal mit dem submesenterialen Zellgewebe, das nach der Aorta führt, zusammen, andererseits mit dem subperitonealen parietalen Zellgewebe. Ersteres ist mehr bei Kindern, letzteres mehr bei Erwachsenen der Fall. Es kann der Blinddarm hierbei entweder an die hintere Bauchwand angelötet sein oder ein Gekröse besitzen. Der hintere retroperitoneale Raum reicht oben bis unter das Zwerchfell, und zwar bis zum vorderen Zwerchfellansatz. Eine weitere Verbindung mit dem Zellgewebe stellen die Venen und die Lymphgefäße dar. Letztere führen einmal in Begleitung der Blutgefäße zur Leberpforte, dann ziehen sie hinter dem Dickdarm bis zum Leberwinkel, schließlich kommunizieren sie mit retro- und intraperitonealen Systemen. Alle diese, nebst den Drüsen, können erkranken. Die extraperitonealen Erkrankungen bei Appendicitis können demnach Zellgewebseiterungen sein oder Lymphgefäß- und Lymphdrüsenentzündungen oder Thrombophlebitiden. Auf die erstere Art kommen die Abszesse neben den Nieren, unter dem Zwerchfell u. dgl. zustande. Perforation des Zwerchfells kommt häufiger bei diesen subperitonealen als bei den subphrenischen intraperitonealen Abszessen vor.

Die Lage des Wurmfortsatzes bedingt nicht allein die retrocoecale Lagerung des Eiters, vielmehr sprechen auch andere Momente mit, die Lage der Perforation, Natur der Infektion und Beschaffenheit des Bauchfells.

Verf. bespricht die Diagnose der subperitonealen Phlegmone, der Lymphangitiden und Adenitiden und der Thrombophlebitiden. Die Röntgenuntersuchung kann Aufschlüsse geben, wenn das Zwerchfell schon durch den Abszeß in die Höhe gedrängt ist.

Die subperitoneale Phlegmone ist nicht die schwerste der retroperitonealen appendicitischen Erkrankungen; sie hat nach Verf.s Zahlen eine Mortalitüt von 65% gegen 75% Sterblichkeit bei Drüsenerkrankungen und 100% bei infektiösen Erkrankungen der Venen. Zur operativen Behandlung empfiehlt sich das Vorgehen von der Lendengegend aus. Bei Verlängerung dieser Schnitte nach vorn kann man an die Abszeßeröffnung auch die Appendektomie anschließen. Auch bei Drüsenvereiterungen kann man gut von hinten her vorgehen, falls man die Diagnose hat vorher stellen können. **E. Moser** (Zittau).

---

10) **Roux.** Après l'appendicite opérée »à froid«.

(Communication à la société vaudoise de médecine le 14 janvier 1905. Lausanne.)

R. stellt Betrachtungen an über die nach der Operation zurückbleibenden Beschwerden. Großenteils werden diese durch Verwachsungen verursacht, die in der Regel bei jedem neuen Anfall ausgedehnter werden. Um keine neuen Verwachsungen zu setzen, empfiehlt sich die Verwendung möglichst kleiner Bauchschnitte. Zur Lösung der Verwachsungen eignet sich jede Art Sport und körperlicher Bewegung.

Zu berücksichtigen ist stets, daß die Appendektomie nur die lebenbedrohende Wurmfortsatzentzündung verhindert. Gegen die ursächliche Verstopfung ist sie kein Mittel. Tiefstehender Blinddarm, Senkung von Leber und Niere, ebenso wie Adnexerkrankungen werden auch nach der Wurmentfernung Beschwerden unterhalten.

Zur Bekämpfung der Verstopfung empfiehlt R. statt Abführmittel und Einläufe lieber Belladonnapräparate und mäßigen Tabaksgenuß, z. B. eine Zigarette nach dem Frühstück.

In der Operation schon nach dem ersten Anfall ist das sicherste Mittel zu sehen, der von Tavel beschriebenen Perikolitis vorzubeugen. Der McBurney'sche Punkt entspricht durchaus nicht der Lage des Wurmes. Am McBurney'schen Punkt wird man nach R. fast stets einen Druckschmerz hervorrufen können. Man fühlt dort, scheinbar oder wirklich verdickt, die Innenseite des Gekröses am Kolon oder den inneren Rand des Blinddarmes oder den Wurm. Dort befindliche Lymphdrüsen können Schmerz hervorrufen. Man kann unmöglich jeden Menschen mit schmerzhaftem McBurney'schen Punkt der Operation unterwerfen. **E. Moser** (Zittau).

---

11) **W. Braun** und **H. Seidel.** Klinisch-experimentelle Untersuchungen zur Frage der akuten Magenerweiterung.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Über die Entstehung der akuten Magenerweiterung, die besonders nach Laparotomie nicht selten auftritt, sind die Meinungen ge-

teilt. Drei Arten Entstehung werden angenommen: 1) Abklemmung der Cardia durch Klappenbildung am Eintritt des Ösophagus in den Magen. 2) Verletzung des Duodenum durch Herabsinken des Dünndarmes ins kleine Becken und dadurch bedingten Zug an dem über das Duodenum hinlaufenden Mesenterium: der arterio-mesenteriale Verschluß. 3) Durch zentrale, nervöse Einflüsse. Sowohl Leichenversuche, als Experimente an lebenden Hunden, sowie die kritische Betrachtung eigener und der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen an Menschen führen die Verff. zu dem Resultat, daß nicht mechanische, sondern rein funktionelle Störungen des Magens die Hauptrolle bei der Entstehung der akuten Magendehnung spielen; teils sind das Störungen der Mageninnervation zentraler, peripherer oder reflektorischer Natur, teils Schädigungen der Muskulatur selbst. Die Annahme von Innervationsstörungen erklärt die akute Dehnung nach Narkosen, Laparotomien, Bruch- und anderen Traumen, Rückenmarksschädigungen, bei Bauchfellentzündungen, Infektions-, konstitutionellen und anderweitigen Krankheiten. Die direkte Schädigung der Muskelfasern ist durch mechanische, entzündliche und toxische Schädigung derselben möglich infolge primärer Schwäche, Überdehnung, durch Peritonitis, Bakterientoxine, Gärungsvorgänge usw. Infolge der auf die eine oder die andere Weise gestörten Beweglichkeit des Magens stauen sich die eingeführten Massen und das sich ansammelnde Sekret der Magenschleimhaut auf, Zersetzungsvorgänge treten hinzu, der Magen wird akut gedehnt.

Die Tierexperimente wurden in der Weise vorgenommen, daß Hunden eine Magenfistel angelegt wurde. Als Maßstab für den Einfluß, den die Versuche auf den Entleerungsmechanismus des Magens hatten, galt die größere oder geringere Leichtigkeit, mit der die Tiere auf verschiedene Reize (Lufteinblasung in den Magen durch die Fistel, Tartarus stibiatus als peripher und Apomorphium muriaticum als zentral wirkendes Brechmittel) erbrachen. Es ergab sich, daß sowohl die Narkose, als Durchschneidung der Vagi, der Splanchnici, des Sympathicus und der obersten Partien des Rückenmarkes dem Magen die Möglichkeit, sich durch Erbrechen zu entleeren, nahmen.

Zum Schluß schildern die Verff. das Krankheitsbild und den Verlauf der akuten Magendilatation beim Menschen. Ausheberung des Magens ist das wichtigste anzuwendende Mittel dagegen, während Operationen, Gastroenterostomie oder Jejunostomie, nur sehr selten in Frage kommen dürften. **Haeckel** (Stettin).

---

12) **A. Brechot.** Contribution à l'étude de la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore.

(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 1—3.)

Wer in den letzten Jahren die Lobeserhebungen, die zumal außerhalb Deutschlands der Gastroenterostomie gesungen wurden, gehört und gelesen, konnte sich wohl kaum dem Gefühle verschließen, daß

hier die Kritik einmal einsetzen müßte. Dies besorgt die B.'sche Arbeit mit lobenswerter Offenheit, und es sei deshalb die Arbeit der besonderen Beachtung in dieser Hinsicht empfohlen. Auf Grund der neuesten Forschungsergebnisse der Verdauungsphysiologie, besonders von Pawlow, Franck und Hallion, Serdjukow und anderen, die die ungeheuer wichtige Rolle des Duodenum für die Produktion der verschiedenen Enzyme, Trypsin, Lipose, Enterokinase, sowie die rechtzeitige Auslösung des Pylorusreflexes usw. kennen lehrten, kommt B. zu dem Schluß, daß die Gastroenterostomie eine der Physiologie zuwiderlaufende Operation sei. Dem entsprächen auch die häufigen Mißerfolge; bei vielen sogenannten Heilungen sei es höchst wahrscheinlich, daß die Verdauung ihren alten Weg durch den Pylorus wieder gefunden habe nach Obliteration der Magen-Darmfistel. Auf die Gefahr der peptischen Geschwüre wurde schon früher hingewiesen. Die heilende Wirkung des Eingriffes auf die Magengeschwüre selbst sei höchst problematisch: Rezidive, Blutungen, Perforationen trotz Gastroenterostomie seien häufig, und die Hyperazidität bleibe ja doch erhalten; hingegen werde durch die Pylorektomie gerade der Teil der Magenschleimhaut beseitigt, der am meisten Säure produziere, wie überhaupt bei gutartigen Stenosen dieser Operation als der allein physiologischen der Vorzug gebühre. Könne man auch noch keine große Statistik ins Feld führen — B. stützt sich auf die neuesten Erfolge von Ricard, Garrè, Terrier, Lambotte — so seien doch diese ganz bemerkenswert; und veranschlage man die Gastroenterostomie mit 5—10% Mortalität, wobei die späteren Schicksale der Operierten gar nicht mit sprächen, so dürfe man diese gar nicht als so harmlos hinstellen.

Ob solche Erwägungen die Indikation zur Pylorektomie ohne weiteres zu erweitern drängen, muß abgewartet werden; aber zu hoffen ist, daß sie einem schematischen Gastroenterostomieren eine feste Grenze setzen.

Christel (Metz).

---

13) **R. Leriche.** Les résultats éloignés de la résection de l'estomac pour cancer.

(Revue de méd. 1907. Nr. 2.)

L. wendet sich gegen die ungünstige Beurteilung der Dauererfolge der Magenkrebsoperationen. Er sieht als Heilung ein Überleben von 3 Jahren nach der Operation an und stellt aus der Literatur 94 derartige Fälle zusammen mit Rezidivfreiheit zu Beginn des 3. Jahres. Unter diesen sind allerdings noch fünf spätere Rezidive vorgekommen, bis in das 5. Jahr hinein. Es bleiben 89 Fälle mit einer Heilungsdauer von 5—16 Jahren. Die Heilungen erstrecken sich nicht nur auf Krebse, die am Pylorus sitzen, sondern ebenso auf solche an beliebiger Magenstelle, sogar einmal an der Cardia (Peugniez). Auch die in histologischer Hinsicht verschiedenen Formen kommen dabei gleichmäßig in Betracht.

Die Dauerheilungen dürften zurzeit etwa 20% ausmachen.

Die so Geheilten sind vollständig arbeitsfähig und ohne Beschwerden. Nur der Mechanismus hinsichtlich der Säureverhältnisse bleibt meist verändert; auch kann sich nach jeder Operationsmethode Galle im Magen vorfinden. Die motorische Tätigkeit ist gewöhnlich eine zufriedenstelle; oft scheint sich der Magen sogar schneller zu entleeren.

Es ist deshalb zu betonen, daß jeder Magenkrebs, nicht nur der am Pylorus sitzende, operiert werden soll, solange es möglich ist. Von der Probelaparotomie sollte deshalb mehr Gebrauch gemacht werden, besonders bei Leuten im Alter von 50 Jahren, die bis dahin gesund waren. **E. Moser** (Zittau).

---

14) **Tesson.** Sur la gastro-entérostomie dans les affections dites bénignes de l'estomac.

(Arch. méd. d'Angers 1907. Juli 3.).

T. unterzieht die Dauerresultate der Gastroenterostomie bei gutartigen Magenerkrankungen einer Nachprüfung und kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Gastroenterostomie ist oft von ungenügender Wirkung, beeinflußt den Chemismus bei Hyperazidität nicht, und beim Magengeschwür können Blutungen und Perforation trotz ihrer eintreten; sie fördert bei Hyperazidität die Bildung eines peptischen Geschwürs des Duodenums. Bei der Pylorusstenose bringt sie die physiologischen Bedingungen der Digestion in Verwirrung, indem sie das Duodenum ausschaltet. Die Operation sollte also auch bei den gutartigen Magenerkrankungen immer nur als Notbehelf angesehen werden, auch beim Magengeschwür sollte die Resektion möglichst an ihre Stelle treten; ist letztere nicht ausführbar, so hat die Gastro-Duodenostomie den Vorzug, das Duodenum nicht auszuschalten. Die Gastroenterostomie ist anzuwenden, wenn nach einer Magenresektion die direkte Wiederherstellung der Kontinuität unmöglich ist. **Mohr** (Bielefeld).

---

15) **Vachez.** Histoire clinique et traitement de l'ulcère peptique du jéjunum.

(Ann. internat. de chirurgie gastro-intestinale 1907. Nr. 4.)

Die Entwicklung eines peptischen Geschwüres im Jejunum nach Gastroenterostomie ist keine seltene Erscheinung. Man hat bisher 36 Fälle beobachtet. Die Gastroenterostomie ist immer wegen einer gutartigen Affektion angelegt worden. Die Art der Operation scheint ohne Einfluß auf die Entstehung des Geschwüres zu sein; allerdings gewährt wohl die Y-förmige, hintere Gestroenterostomie nach Roux die größten Vorteile, weil sie die Stagnation in einer Dünndarmschlinge wirksam vermeidet. Den Sitz des Geschwüres, das öfter bei Männern als bei Frauen vorkommt, findet man meist im absteigenden Arm des Jejunum, manchmal im Niveau der Anastomose, ganz selten im aufsteigenden Arm.

V. unterscheidet zwei Geschwürsformen: 1) scheinbare Heilung, plötzlich Perforation ohne Vorerscheinungen; 2) wechselnde Beschwerden, Bildung von Verklebungen mit Infiltration der Bauchwand, bisweilen Perforation in das Colon transversum. Die Diagnose ist im allgemeinen leicht zu stellen. Die Behandlung soll stets eine chirurgische sein und besteht in einfacher Übernähung, besser noch in Resektion des geschwürigen Darmteiles und Anlegung einer neuen Gastroenteroanastomose. Bei Peritonitis verfährt man nach den allgemeinen Regeln. Die chirurgische Behandlung ist nur ein Notbehelf; sehr wichtig ist es, die Bildung eines Geschwüres durch geeignete Prophylaxe (Diät, Alkalien) überhaupt zu verhindern.

Glimm (Magdeburg).

16) **Beer and Eggers.** Are the intestines able to propel their contents in an antiperistaltic direction?

(Annals of surgery 1907. Oktober).

Die Verff. machten Tierversuche, um festzustellen, ob antiperistaltische Bewegungen in Darmschlingen vorkommen. Zu diesem Zweck schnitten sie 14 Zoll lange Darmstücke des Dünn- oder Dickdarmes aus und nähten sie in umgekehrter Richtung wieder an die durch schnittenen Darmenden an. Die Tiere wurden nach einiger Zeit laparotomiert und nun deutliche antiperistaltische Bewegungen, d. h. in der zum Forttreiben des Darminhaltes notwendigen Richtung beobachtet.

Versuche, in denen das ganze Ileum umgedreht eingenäht war, führten jedoch zum schnellen Tode, während 14 Zoll lange Umkehrung des Darmes vertragen wurde. Sowohl der eingenähte umgekehrte Darmteil, als auch der darüber liegende Darm waren bei den am Leben gebliebenen Tieren (mit 14 Zoll langer Umkehrung) dilatiert.

Verff. glauben, daß das Koterbrechen Hysterischer auf antiperistaltische Darmbewegung zurückzuführen sei, während das Koterbrechen bei Ileus nicht durch Antiperistaltik, sondern durch die Bauchpresse bewirkt werde.

Herhold (Brandenburg).

17) **Manry.** Is death in high intestinal obstruction due to the absorption of bile?

(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Verf. beschäftigt sich mit der Frage, woher der schnelle mit tetanischen Erscheinungen einhergehende Tod bei hohem Darmverschluß kommt. Er suchte diese Frage durch Tierexperimente zu lösen, indem er unterhalb der Einmündungsstelle des Gallen- und Bauchspeichelganges im Duodenum einen Verschluß herstellte und zu gleicher Zeit teils offene, teils geschlossene Gastroenterostomien (vermittels Fadens) anlegte.

Diese Versuche müssen im Original nachgelesen werden, da sie sich für ein kurzes Referat nicht eignen. M. kommt zu folgenden Schlüssen: Ein Verschluß des Dünndarmes, der weniger als 35 cm

transpleuralem Wege die Leber freizulegen, gegen die Umgebung durch Kompressen abzugrenzen und nun die Lage des Abszesses durch Tastung und Punktion festzustellen. Gelingt das beim ersten Versuche noch nicht, dann wiederholt man ihn nach einigen Tagen.

Frühzeitige Diagnose der Amöbendysenterie und sofortiges energisches Einsetzen der Therapie kann die Entstehung von Leberabzessen meist ganz verhüten.

Frühzeitige Operation des Leberabszesses führt in 90% aller Fälle zur Heilung.

W. v. Brunn (Rostock).

---

21) **R. François.** Étude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque. 158 S.

Thèse de Paris, 1906.

Die Arbeit ist eine ausführliche Besprechung der Klinik der Choledochussteine unter besonderer Berücksichtigung der Fälle Hatrmann's.

Ikterus ist in diesen Fällen stets beobachtet worden. Häufig wiederkehrender, mit Schmerzanfällen und Fieber einhergehender Ikterus kann als charakteristisch für Choledochusstein angesehen werden. Zur Untersuchung des Harns auf Gallenfarbstoff empfiehlt F. die Methode von Haycraft als die für kleine Mengen empfindlichste. Setzt man Schwefelblüte zu frischem Harn zu, so schwimmt diese bei Abwesenheit von Gallenfarbstoff oben im Reagensglase; bei Anwesenheit von Gallenfarbstoff senkt sie sich langsam.

F. findet das von Courvoisier und Terrier aufgestellte Gesetz bestätigt, wonach bei Steinverschluß des Choledochus die Gallenblase in der Regel klein und retrahiert ist, bei anderweitigem Verschluß dagegen ausgedehnt und voluminös. — Das so gewöhnliche Symptom des Schmerzes fehlte völlig in einem Falle Hartmann's; der Ikterus begann hier lediglich mit Schwächegefühl und Schlafsucht. Trotzdem konnte auf Grund des periodisch wiederkehrenden Ikterus die Diagnose auf Stein gestellt werden.

Als sicherstes Merkmal für Steinerkrankung muß die Angabe von voraufgegangenen Leberkoliken ohne Ikterus angesehen werden; denn Koliken mit gleichzeitigem Ikterus können auch durch Karzinom bedingt sein. Die Diagnose auf gleichzeitige chronische Pankreatitis ist schwer. Der nach Desjardins (Zentralblatt für Chirurgie 1905, Nr. 19, p. 523) für Pankreaserkrankungen typische Schmerzpunkt (6 cm vom Nabel in der Nabelachsellinie) kann nicht als sicher angesehen werden. Er kann mit dem Vautrin'schen Choledochuspunkt zusammenfallen. Auch die Untersuchungen des Harns auf Glyzerin nach Cammidge können nicht mit Sicherheit eine Pankreaserkrankung beweisen.

F. bespricht weiter die Technik der Operation. Die Kehr'sche Schnittführung zur Laparotomie ist von den meisten französischen Chirurgen angenommen. Die Duodenotomie zur Untersuchung des duodenalen Choledochusendes verwirft F., glaubt vielmehr immer mit

der Sondierung auskommen zu können. Die retroduodenale Choledochotomie zieht er dem transduodenalen Wege vor. Letzteren scheut er besonders wegen der Gefahr der Duodenalfistel. Die Hepaticusdrainage will er prinzipiell stets angewendet wissen, selbst dann, wenn Steine nur in der Blase angetroffen werden. Hartmann hat 15mal die Choledochotomie ausgeführt mit 3 Todesfällen. Rezidive hat er nicht gehabt.

Von einer energischen Ölkur, je 125 g 3 Tage hintereinander, neben kalten Einläufen und nachher Rizinus wurde in drei Fällen guter Erfolg gesehen, so daß die Operation dadurch vermieden schien.

E. Moser (Zittau).

Kleinere Mitteilungen.

Aus dem Distriktsspital in Kempten.

Physikalisches über Seide, Zelluloidzwirn und Ramiezwirn.

Von

Dr. Max Madlener.

Ich habe die Zugfestigkeit einiger chirurgischer Faden mit dem Dynamometer gemessen und dabei folgende Ergebnisse erhalten:

Turner's Seide (geflochtene) unpräpariert Nr. I reißt bei durchschnittlich 3400 g Belastung.

Zelluloidzwirn Nr. I, der ungefähr dieselbe Dicke hat wie Turner's Seide I, reißt bei 4500 g Belastung.

Ramiezwirn[1] Nr. 0, der etwas dünner ist wie Turner's Seide I, reißt bei *4500* g, Ramiezwirn I, wenig dicker wie Seide I, bei *5400* g Belastung.

Diese Zahlen sind Durchschnittszahlen, gewonnen am trockenen Faden.

Über die Schwankungen der Festigkeit des einzelnen Fadens erfährt man genaueres, wenn man die Serien betrachtet, aus denen die Durchschnittszahlen gewonnen sind. Die größte Gleichmäßigkeit zeigt die Seide. Keine Maschine, keine menschliche Manipulation vermag einen so gleichmäßigen und feinen Faden zu spinnen, wie dies von der Seidenraupe geschieht. Der Seidenfaden zeigt weniger Unregelmäßigkeiten, Verdickungen und Einschnürungen, als die aus pflanzlichen Fasern gesponnenen Leinenfaden und Ramiefaden.

Die Schwankungen in der Festigkeit betragen bei Seide etwas über $^1/_{10}$ (0,13), beim Ramiezwirn $^1/_4$, beim Zelluloidzwirn $^1/_2$ der Durchschnittsfestigkeit oder Ramiezwirn ist 2mal, Seide 4mal gleichmäßiger in bezug auf Festigkeit als Zelluloidzwirn.

Die Veränderung der Zugfestigkeit durch Imbibition der Fäden mit Wasser oder wäßriger Lösung ist ebenfalls von Belang, da viele Operateure die Fäden aus Lösungen entnehmen, und da versenkte, nicht mit wasserunlöslichen Stoffen imprägnierte Fäden sich in der Wunde mit Flüssigkeit imbibieren. Seide verliert, naß gemacht, $^1/_{10}$ ihrer Festigkeit, der nicht imbibierbare Zelluloidzwirn bleibt gleich, Ramiezwirn gewinnt mehr als $^1/_3$ seiner Zugfestigkeit.

[1] Der von mir zu chirurgischen Zwecken in Nr. 50 der Münchener med. Wochenschrift 1907 empfohlene Zwirn wird von Stiefenhofer, München, Karlsplatz 6, als Sublimatramiezwirn hergestellt. Der jetzt etwas verbesserte Faden ergibt eine höhere Zugfestigkeit, als damals kurz angegeben.

28) **Hesse.** Über Komplikationen nach Lumbalanästhesie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 37.)

Die Lumbalanästhesie wird von Heile nur dort angewandt, wo gegen die Allgemeinnarkose eine bestimmte Kontraindikation besteht und Lokalanästhesie nicht genügt, da die Komplikationen (Nebenwirkungen, Nachwirkungen) nicht zu übersehen sind. H. benutzte anfangs Stovain, dann Tropakokain genau nach den Vorschriften Bier's. Er berichtet über zwei Versager, je einen bei Stovain und Tropakokain, über zwei Fälle bedenklicherer Einwirkung von Stovain auf das Herz, je einmal Erbrechen bei Stovain und Tropakokain.

Von Nachwirkungen trat 5mal Erbrechen (2mal nach Stovain, 3mal nach Tropakokain) auf, und zwar auf eine Dauer von 6—15 Tagen. Diese Erscheinungen von Kopfschmerzen und Erbrechen werden als Symptome einer aseptischen Meningitis aufgefaßt. Durch Herabsetzen des meningealen Druckes infolge Ablassens des Liquor besserten sich die Erscheinungen. Im Liquor fanden sich reichlich Lymphocyten. Zwei Fälle dagegen führten zu langdauernden Schädigungen. In einem (Tropakokain) trat nach 12 Tagen am Unterschenkel Ödem, Rötung, lokale Temperatursteigerung (nervöse Störung im Sinne einer Vasokonstriktorenlähmung) ein und besteht etwa 4 Monate nach der Operation noch unverändert fort; im anderen (Tropakokain) traten gleich Schmerzen im Kopf und im Arm ein, weiterhin in beiden Beinen. Es war zur Erzielung einer möglichst hohen Anästhesie vorher Kopfstauung und Beckenhochlagerung gemacht. Das Krankheitsbild zeigte sich im späteren Verlauf in einer Kombination von Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und Reflexsteigerungen. Interessant sind die Folgerungen, die H. anschließt.

Im ganzen wird dem Tropakokain wegen seiner geringeren Einwirkung auf das Atmungszentrum der Vorzug gegeben. Wichtig ist, sich vor der Operation auch über den sog. nervösen Zustand des Pat. zu vergewissern.

Borchard (Posen).

29) **Herrenknecht** (Freiburg i. B.). 3000 Äthylchloridnarkosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

H. kann von den Äthylchloridnarkosen nur Günstiges berichten. Er verwendet das Mittel sehr sparsam und vorsichtig, bei der Narkose darauf bedacht, daß die exspirierte Luft nicht wieder eingeatmet wird, also nicht eine Wirkung der Kohlensäure zu der des Äthylchlorids hinzutritt (s. Näheres im Orig.) und kommt gewöhnlich mit 2—3 g (nie mehr als 5 g) aus, so daß es für die Einzelnarkose nur etwa 5 Pfg. kostet. Für länger als 5 Minuten dauernde Narkosen benutzt H. das Mittel nur zur Einleitung und verwendet dann weiter Äther oder Chloroform (bezw. Morphium-Skopolamin). Nur in wenigen Fällen ließ sich eine Narkose nicht erzielen. H. unterscheidet 4 Stadien derselben, das pränarkotische, analgetische (Abnahme der Puls- und Atmungsfrequenz, Vertiefung der Atmung, Muskelspannung usw.), das Exzitationsstadium, das Stadium des tiefen Schlafes und das postnarkotische, analgetische. Die Träume in der Narkose hatten öfters erotischen Inhalt. Eine schwere Störung, Stillstand der Atmung oder der Herztätigkeit kam nie zur Beobachtung, unangenehme Nachwirkungen (Erbrechen, Übelkeit, Kopfweh) waren selten. Auch die Narkosen bei Pat. mit schweren Lungen- und Herzveränderungen verliefen ungestört. **Kramer** (Glogau).

30) **Schamberg.** The present status of phototherapy.

(Journal of the american med. association Vol. XLIX. Nr. 7.)

Nach allgemeinen Bemerkungen über die Therapie des Lupus vulgaris, des Lupus erythematosus — hier hat ihm bei der vaskulären Form die Lichttherapie viel bessere Resultate ergeben als die Behandlung mit X-Strahlen; umgekehrt ist's bei der hypertrophischen Form — geht Verf. ausführlich auf die Anwendungsweise der Uviollampe ein und demonstriert Apparate und Pat. in zahlreichen Abbildungen.

Die Erfolge an 4 Pat. mit teilweise totaler Alopecia, teilweise Alopecia areata, waren vorzüglich. Ein 67jähriger Mann mit altem, seit Jahren gegen alle möglichen therapeutischen Versuche renitentem erythematösem Ekzem wurde durch die Uviollampe gebessert, durch X-Strahlen danach so gut wie geheilt.

Auffallend schnell besserte sich ein seit Jahren bestehendes papulöses Ekzem eines 9 Jahre alten Mädchens.

Einige Pat. mit Acne vulgaris wurden viel schneller geheilt, als es bei Anwendung der X-Strahlen der Fall zu sein pflegt; doch scheint die Röntgenbehandlung länger vor Rezidiven zu schützen als die mit Uviollicht.

Auch Beingeschwüre werden durch das Uviollicht günstig beeinflußt.

Uviollicht hat relativ große chemische Wirkung, dringt aber in die Gewebe nur wenig ein. **W. v. Brunn** (Rostock).

31) **Jaksch.** Über ein neues radiotherapeutisches Verfahren.
(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 24.)

Durch eine Silberplatte von 0,02 mm Dicke gelang es J., die die Haut schädigenden Strahlen abzuhalten, ohne daß die Strahlen stärkerer Durchdringungsfähigkeit, welche eine Wirkung auf die inneren Organe ausüben, damit ausgeschaltet werden. Bei einem Falle von Leukämie, der mit der Silberplatte 25 Tage hintereinander je 25 Minuten erfolgreich (Abnahme der Leukocyten und der Milzschwellung) bestrahlt wurde, trat nur vorübergehend ein leichtes Röntgenekzem auf. Der übrige Körper des Kranken und der Arzt müssen unter sorgfältigstem Bleischutz gehalten werden. J. gibt der Vermutung Raum, daß sich durch Anwendung verschiedener Metalle als Strahlenfilter die Einwirkung der X-Strahlen auf die einzelnen Körperorgane variieren und somit eine spezifische Röntgentherapie ausarbeiten lassen werde. **Gutzeit** (Neidenburg).

32) **Brewer.** The etiology of certain cases of left-sided intraabdominal suppuration — acute diverticulitis.
(Amer. journ. of the med. sciences 1907. Oktober.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die bis jetzt nur wenig beachtete Divertikelbildung des Sigmoids mit Perforation und nachfolgender Abszedierung resp. Peritonitis. Er hatte Gelegenheit, eine Anzahl intraperitonealer Abszesse zu operieren, die alle im linken unteren Quadranten des Leibes saßen. Die zuerst gehegte Ansicht, daß es sich um linksseitige Appendicitis handle, gab B. wieder auf, da sich in keinem Falle ein Wurmfortsatz fand. B. suchte dann weiter, und fand auch in einigen Fällen Kotpartikel in der Abszeßhöhle und weiterhin kleine perforierte Divertikel des Sigmoids. B. glaubt die Ursache dieser ätiologisch dunklen Abszesse und Peritonitiden gefunden zu haben. **Levy** (Wiesbaden).

33) **Günther.** Ein kleiner Beitrag zu den Fällen, bei denen bei Herniotomien der Processus vermiformis als alleiniger Inhalt des Bruchsackes gefunden wurde. (Aus dem Nachtigalkrankenhaus in Anecho.)
(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

Fall von akuter Appendicitis eines wahrscheinlich schon lange in den Leistenbruchsack verlagerten, mit diesem fest verwachsenen Processus vermiformis.
Kramer (Glogau).

34) **Borszéky.** Zur Behandlung des peptischen Magen- und Duodenalgeschwüres.
(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 30.)

Verf. bespricht in dieser gründlichen und interessanten klinisch-experimentellen Arbeit die in der Klinik von Hofrat v. Réczey beobachteten Fälle von peptischem Magen- und Duodenalgeschwür. Es wurde die Gastroenterostomie in 25 Fällen mit 20% Mortalität, die Pylorusresektion 4mal, die Gastroenteroplastik in 1 Fall ohne Todesfall ausgeführt. Es wurde wegen narbiger Pylorusstenose 16mal, kallösem

Geschwür 5mal, wegen Sanduhrmagen 1mal, wegen Duodenalgeschwür 2mal, wegen blutenden Geschwürs 1mal eingegriffen, mit einer Gesamtmortalität von 16,6%. Verf. unterzog sich der mühsamen Arbeit, das weitere Los der Kranken zu erforschen. 22 Fälle sind ihm bekannt, von denen 90% gänzlich geheilt sind. Verf. befürwortet die Gastroenterostomie; die Resektion des Geschwüres will er nur bei zweifelhafter Diagnose ausführen.

Der experimentelle Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob der Mageninhalt ausschließlich durch die Gastroenteroanastomose weiter befördert wird, oder auch der Pylorus dazu benützt wird. Die an 35 Hunden ausgeführten Experimente, bei welchen die Gastroenterostomie bei normalem, bei verengtem Pylorus iso- und antiperistaltisch vollzogen wurde, zeigten, daß der Mageninhalt nicht nur durch die Gastroenteroanastomose, sondern auch bei stenosiertem Pylorus, teils durch den Pylorus in den Darm gelangt, unabhängig von der Lagerung der zur Anastomose benützten Darmschlinge, unabhängig von der Größe der Öffnung. In weiteren zwölf Experimenten beantwortet Verf. die Frage verneinend, daß die Gastroenterostomie auf das blutende Geschwür eine blutstillende Wirkung hätte; auch bei verengtem Pylorus ist diese Wirkung fraglich. Die dritte Frage, die Verf. beantwortet, ist die Entstehungsweise des peptischen Jejunalgeschwüres nach Gastroenteroanastomose. Die zwölf Experimente führten zu dem Resultate, daß die in den Magen durch längere Zeit eingeführte Salzsäure wohl zur Bildung peptischer Geschwüre im Jejunum führen kann; doch geschieht dies nicht in jedem Falle. Daher müssen wir außer der Hyperchlorhydrie im Entstehen des peptischen Jejunalgeschwüres noch anderen, bis jetzt uns unbekannten Momenten eine gewisse Rolle zusprechen. **P. Steiner** (Klausenburg).

35) **Bondareff.** Zur Kasuistik des primären Dünndarmsarkoms.

(Chirurgia 1907. Nr. 127. [Russisch.])

Das primäre Sarkom des Dünndarmes gehört zu den seltenen Erkrankungen. B. teilt zwei Fälle mit. Ein 36jähriger Mann erkrankte 6 Monate nach Fall auf den Unterleib mit heftigen Schmerzen im rechten Epigastrium. Bald trat Sodbrennen auf, dann Aufstoßen und schließlich Erbrechen und Verstopfung. Der kräftige Mann magerte ab. Die Untersuchung ergab einen meteoristisch aufgetriebenen Leib, doch ließ sich rechts vom Nabel eine bewegliche, harte, höckerige Geschwulst von Doppelfaustgröße tasten. Laparotomie. 60 cm von der Bauhinschen Klappe ist der Dünndarm zirkulär von einer harten, höckerigen Geschwulst eingenommen. Die regionären Drüsen sind hart und vergrößert. Resektion von 85 cm Dünndarm und Entfernung der Drüsen. Zirkuläre Darmnaht.

Die innere Oberfläche der Geschwulst ist brüchig, geschwürig zerfallen; die mikroskopische Untersuchung ergibt ein Riesenzellensarkom. Heilung per primam. Seit 3 Jahren kein Rezidiv.

Im anderen Falle handelte es sich um einen 25jährigen Mann, der mit den Erscheinungen des akuten Darmverschlusses aufgenommen wurde; seit 2 Monaten bot er das typische Bild des chronischen Ileus, in der letzten Zeit mit Durchfällen. Die bei der Aufnahme des Pat. auf Invagination gestellte Diagnose bestätigte sich bei der Laparotomie. Die Invagination betraf das Jejunum, war etwa 20 cm lang und zog von rechts oben nach links unten. Bei der vorsichtigen Entwicklung erwies sich, daß etwa 70 cm Darm beteiligt waren. Serosa und Mesenterium des Invaginatum zeigten reichliche Blutaustritte. Die Tastung des invaginiert gewesenen Stückes ergab an zwei Stellen — 60 cm voneinander entfernt — harte Knoten, auf welchen Befund hin fast 1 m Darm reseziert wurde. Seit-zu-Seit-Anastomose; glatter Verlauf. »In dem eröffneten resezierten Darmteile fanden sich an je zwei Stellen harte Knoten von der Größe einer Pflaume, die in Gruppen zu 5, bzw. 6 zusammenstanden. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Rundzellensarkome, die im wesentlichen die Schicht der Submucosa einnehmen. Die Schleimhaut ist stellenweise geschwürig zerfallen; auch die Muscularis ist zerstört, die Serosa stark verdickt, und mit runden Sarkomzellen mächtig infiltriert.«

Leider ist über den Dauererfolg in diesem Falle nichts mitgeteilt. B. neigt aber zu pessimistischer Auffassung, da nach der Statistik die Rundzellensarkome 95%, die Riesenzellensarkome 50% Rezidive geben. Ferner vertritt Autor den Standpunkt, daß die Entfernung der regionären Drüsen, die auch er immer erstrebt, so wichtig ist, daß jeder Fall, bei dem die Drüsen in weiterem Umfange verändert erscheinen, als Probelaparotomie aufzufassen, und der Leib sofort zu schließen ist.

Oettingen (Berlin).

36) **Pensky.** Innere Einklemmungen nach Gastroenterostomie.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1907.

Wegen Stenose durch Geschwür am Pylorus war eine hintere Gastroenteroanastomose mit Knopf angelegt worden. 9 Jahre später Wiederaufnahme wegen Ileuserscheinungen; bei der Operation des schon sehr kachektischen Mannes zeigt sich, daß zwischen dem zuführenden Teile der zur Anastomose genommenen Jejunumschlinge und dem Mesocolon transversum ein großer Teil des Dünndarmes hindurchgewandert ist und so der Ileus herbeigeführt wird. Reposition des Darmes, Trennung der Anastomose, Naht der Magenwunde, Befestigung der Darmfistel in der Bauchwand als Ernährungsfistel. Tod bald nachher. Bei der Sektion findet man im Magen den Murphyknopf, der in den 9 Jahren keine Beschwerden gemacht hat. Zur Vermeidung ähnlicher Vorkommnisse wird in der Königsberger chirurg. Klinik stets das Mesokolon mit der Anastomosenstelle durch einige Nähte befestigt und sein Schlitz geschlossen; auch wird die zuführende Jejunumschlinge möglichst kurz genommen. Diese Technik wird wohl jetzt die allgemein übliche sein.

Glimm (Magdeburg).

37) **Kersten.** Ein Fall von angeborenem Verschluß im unteren Teile des Ileum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Beschreibung eines Falles von Atresie des untersten Ileum, 2 cm von der Ileocoecalklappe entfernt. Dem durch mehrtägiges Erbrechen stark geschädigten Kinde konnte nur noch die Anlegung eines Kunstafters zugemutet werden, es starb aber doch nach einigen Tagen. Die mikroskopische Untersuchung des 1 cm langen und 2 mm dicken Stranges ergab das völlige Fehlen einer Darmlichtung, wodurch die von Kreuter und Forsener vertretene Anschauung über die Entstehung derartiger Atresien eine neue Stütze erhält.

Langemak (Erfurt).

38) **Kleinhans.** Zur Lehre von den präperitonealen Tumoren.

(Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen, 11. Sitzung vom 8. Mai 1907. — Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 25.)

Verf. exstirpierte einer 67jährigen Frau eine zwischen Nabel und Symphyse präperitoneal gelegene, flaschenkürbisähnliche Geschwulst, die im oberen Teile cystisch, im unteren derb mit der Blase verwachsen war. Nach der mikroskopischen Untersuchung handelte es sich um eine Geschwulstbildung mit adenomartiger Proliferation, die vom Dottergang ausgegangen war. In der Literatur existiert kein gleichartiger Fall.

Gutzeit (Neidenburg).

39) **Lieblein.** Über Milzexstirpation.

Sitzungsbericht der wissenschaftl. Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen. (Prager med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.)

Nach einer Milzexstirpation wegen Schußverletzung traten schwere, 7 Tage andauernde Magenblutungen auf, trotzdem der Magen unverletzt war; der Kranke genas. Wie Verf. des genaueren anatomisch erklärt, sind Thrombosen oder Emboli, die sich von der Unterbindungsstelle der großen Milzgefäße in die Magengefäße fortsetzen bzw. verschleppt werden, die Ursache derartiger Magenblutungen. Sie bilden eine große Gefahr der Milzexstirpation und mahnen dazu, die Unterbindung des Stieles stets knapp am Hilus vorzunehmen und das Organ bei Verletzungen nur, wenn diese es unbedingt erfordern, zu entfernen.

Gutzeit (Neidenburg).

40) Russell. Treatment of large infected liver hydatids.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1907. Oktober 20.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von großem infiziertem Leberechinokokkus, welche auffallend verschieden verliefen.

Der erste Pat. war wegen desselben Leidens bereits vor 8 Jahren operiert worden. Jetzt plötzlicher Beginn der Erkrankung unter dem Bilde einer akuten Leberinfektion. Ausräumung einer großen, vereiterten Cyste des rechten Leberlappens, Gegenöffnung in der Lende, Ausspülung, Drainage. Trotz häufiger Verbandwechsel und Spülungen wurde die Absonderung immer übelriechender und profuser; 16 Tage nach der Operation profuse Blutung in die Abszeßhöhle und plötzlicher Tod. Nach dem Autopsiebefund war ein starker Ast der Vena hepatica arrodiert worden.

Bei dem zweiten Kranken waren die klinischen Erscheinungen ganz ähnlich. Nach Ausräumung der vereiterten, festwandigen Cyste, die mit den Gallengängen in Verbindung stand, und Ausspülung wurde sie mit physiologischer Kochsalzlösung angefüllt, ihre Öffnung sehr exakt mit Silberdrahtnähten geschlossen, die Cyste reponiert und die Bauchwand völlig vernäht. Abgesehen von einer leichten Infektion der Bauchwunde war der weitere Verlauf ganz glatt; die Cyste konnte nicht mehr nachgewiesen werden, und Pat. wurde vollkommen geheilt.

Bei dieser, den bisher geltenden (in Fall 1 befolgten) Grundsätzen direkt zuwiderlaufenden Behandlungsmethode ging Verf. zunächst von dem Gedanken aus, daß die hier in Betracht kommende Coliinfektion gewöhnlich sehr wenig virulent ist. Durch die Anfüllung der Adventitia der Cyste mit Kochsalzlösung soll eine Art von Druckgleichgewicht gegenüber der in die Cyste einströmenden infizierten Galle hergestellt werden; gleichzeitig wird die Galle stark verdünnt und das Wachstum der Keime in dem schlechten Kulturmedium hintangehalten.

R. schlägt vor, auch bei nicht infizierten, lebenden Cysten nach Ausräumung des Sacks diesen mit Salzlösung zu füllen und wieder zu vernähen.

Wichtig ist, eine genügend dicke Stelle der Cystenwand zur Inzision zu wählen, um eine sichere Naht der Öffnung herstellen zu können. **Mohr** (Bielefeld).

41) F. Hohmeier. Isolierte subkutane Querzerreißung des Pankreas, durch Operation geheilt. (Aus der chirurg. Abteilung des städtischen Krankenhauses Altona. Prof. Fritz König.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Der mitgeteilte Fall ist der fünfte der durch Operation geheilten Fälle von subkutaner Pankreaszerreißung, die bei der 35jährigen Pat. durch Stoß einer Wagendeichsel gegen die Magengegend herbeigeführt war. Es bestand als auffallendes Symptom nur starke Spannung der Bauchdecken, und wurde in Rücksicht auf die daraufhin gestellte Diagnose einer inneren Bauchverletzung sofort zur Operation geschritten. Die Bauchhöhle mit ihren zunächst sichtbaren Organen war frei von Bluterguß, das Foramen Winslowi verschlossen, dadurch der Austritt von Blut aus der Bursa omentalis in die Bauchhöhle unmöglich. Das in der Mitte quer völlig zerrissene Pankreas wurde vernäht und die Nahtstelle abtamponiert, nachdem die Drüse vom Lig. gastrocolicum aus freigelegt worden war. Der Verschluß der zurückgebliebenen, stark sezernierenden Fistel erfolgte erst nach langer Zeit, nach Anwendung einer antidiabetischen Diät. **Kramer** (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 4. Sonnabend, den 25. Januar 1908.

Inhalt.

I.

Zur Händedesinfektion.

Von

Dr. R. Lenzmann,

Oberarzt am Diakonenkrankenhause in Duisburg.

Daß die Hand durch oberflächliche mechanische und chemische Desinfektion nicht vollständig keimfrei gemacht werden kann, ist eine feststehende Tatsache. Diese Unmöglichkeit beruht nach der übereinstimmenden Auffassung der Chirurgen und Bakteriologen hauptsächlich auf dem Umstande, daß in der Tiefe der Haut — in den Schweiß- und Talgdrüsen — steckende Keime durch unsere Desinfektionsmethoden nicht zu erreichen seien, daß sie bei Manipulationen mit den Händen zur Oberfläche gelangen und ihre Virulenz entfalten. Eine Hand, die zu Anfang der Operation auch wirklich

steril war, bleibt es nicht im Laufe derselben. Aus dieser Erkenntnis heraus stammen die Vorschläge, die eine »mechanische Fesselung« der virulenten Keime bezwecken. Zu jenen Vorschlägen gehören die Benutzung von Handschuhen und die Umhüllung der Hand mit einem undurchdringlichen chemischen Materiale, das als zarter Mantel die Haut überziehen soll. Als solches Material ist in neuester Zeit das Chirosoter — eine Lösung von wachs- und balsamartigen Körpern in Tetrachlorkohlenstoff — von der Bier'schen Klinik empfohlen worden. Über das Chirosoter besitze ich eigene Erfahrungen nicht, von anderer Seite wird aber an dem Mittel getadelt, daß es durch den Gehalt an Tetrachlorkohlenstoff Ätzwirkungen ausüben könne (M. v. Brunn), und daß es andererseits die Hände schlüpfrig und deshalb chirurgisch unbrauchbar mache (Meißner).

Man hat, wie mir scheint, in weitesten Kreisen »beschlossen«, daß es eine chemische Tiefendesinfektion nicht geben könne und dürfe, und hat die Frage, ob eine solche Desinfektion möglich sei, überhaupt verlassen.

Dennoch hat Heusner seine Jod-Benzin-Paraffinöldesinfektion angegeben und vorzügliche Resultate bei seinen Operationen erzielt.

Ich habe den Gebrauch der Handschuhe bei meinen aseptischen Operationen wieder verlassen, weil er zu so manchen Unzuträglichkeiten führt, die hier nicht weiter erörtert werden mögen, und habe in den letzten Jahren eine Methode der Händedesinfektion benutzt, welche mir ausgezeichnete Resultate ergeben hat.

Diese Methode geht, wie die Heusner'sche, von der Annahme aus, daß eine chemische Tiefendesinfektion doch nicht zu den Unmöglichkeiten gehört. Das Mittel, das jene bewirken soll, muß drei Eigenschaften besitzen: Es muß selbstverständlich zunächst eine genügende Desinfektionskraft haben, es muß weiterhin in die Tiefe der Haut einzudringen imstande sein, es darf endlich die Haut nicht reizen oder sonstwie schädigen.

Als ein Mittel, welches diesen drei Anforderungen genügt, habe ich eine Seifenmasse benutzt, die folgende Zusammensetzung hat: Formalin 5,0, Benzin 15,0, Dermosapol 80,0.

Daß diese Seifenmasse Desinfektionskraft besitzt, habe ich durch zahlreiche Versuche erprobt. Vermischt man eine Spur derselben mit einem künstlichen Nährboden, so gehen auf diesem virulente Keime nicht an.

Bei feiner Ausbreitung gibt die Seife einen stechenden Geruch nach Formalin ab, eine Eigenschaft, die für die Desinfektionskraft durch das flüchtige Desinfiziens nur von großem Vorteil sein kann.

Die zweite Forderung, daß das Mittel in die Tiefe der Haut eindringen muß, wird erfüllt durch das Vehikel Dermosapol.

Es ist eine durch Verseifen einer Mischung von Lebertran (50%), Fett, Lanolin, Glyzerin, Perubalsam und ätherischen Ölen erhaltene balsamartige Masse, die beim Verreiben auf der Haut fein schäumt und sehr leicht in die Tiefe eindringt.

Ich habe zur Erprobung, ob wirklich nach gründlicher Verreibung ein Eindringen in die Tiefe stattfindet, die Seife mit Fuchsin gefärbt und habe in mikroskopischen Hautschnitten die Rotfärbung der Schweißdrüsen und der Belegzellen der Talgdrüsen nachweisen können.

Dementsprechend habe ich stets die mit der Seifenmasse behandelte Haut steril gefunden. Während kleine Stückchen der Haut, welche nach der gewöhnlichen Oberflächendesinfektionsmethode (Heißwasser-Alkohol-Sublimat) behandelt worden war, nach Abspülen mit sterilem Wasser auf Agar-Agar überimpft, immer einige Keime angehen ließen, blieb bei solchen Hautstückchen, welche außerdem noch mit meiner Seifenmasse vorbehandelt waren, der Nährboden steril.

Der etwaige Einwand, daß die in das Hautstückchen eingeriebene und bei der Umspülung desselben mit dem Nährboden etwa ausgelaugte Seifenmasse den letzteren ungeeignet für das Wachstum virulenter Keime gemacht habe, kann ich nicht gelten lassen; denn die in den kleinen Hautstückchen steckende Seife ist so gering, daß sie eine derartige Beeinflussung des Nährbodens nicht bewirken kann. Ich habe mich nach dieser Richtung hin auch durch Versuche vergewissert.

Endlich die dritte Forderung. Meine Seifenmasse übt irgendeinen schädlichen Einfluß auf die Haut nicht aus. Ich habe sie nun jahrelang täglich benutzt und niemals eine Reizwirkung erfahren. Ebensowenig haben die Assistenten über irgendwelche Störung zu klagen gehabt.

Da ich die Seife auch zur Sterilisierung des Operationsfeldes benutze, so habe ich auch bei meinen Pat. die Beobachtung der Unschädlichkeit der Seife machen können.

Meine Händedesinfektion gestaltet sich unter Benutzung des Formalin-Benzin-Dermosapols folgendermaßen: Mechanische Reinigung der Hände in fließendem heißem Wasser mit steriler Bürste und Marmorseife (etwa 5 Minuten), Abreiben der Hände mit trockener steriler Gaze, kräftiges Einreiben der genannten Seifenmasse (etwa 2 Minuten), Nachbürsten mit Seifenspiritus (2 Minuten), Abspülen in Sublimatlösung (1 : 1000).

Zur Vorbereitung des Operationsfeldes lasse ich nach den üblichen Soda-Seifenbädern das Operationsgebiet am Abend vor dem Operationstage mit der Seife vermittels eines sterilen Wattebausches gründlich (5 Minuten) einreiben, wie wenn man Quecksilbersalbe einreibt, lasse dann einen Umschlag mit Seifenlauge machen und 2 Stunden vor der Operation diesen letzteren mit einem Sublimatumschlag vertauschen.

Das Operationsfeld ist dann derartig vorbereitet, daß es nur noch des kurzdauernden Abreibens mit Seifenspiritus und des Nachspülens mit Sublimatlösung bedarf.

Meine Resultate sind so befriedigende, daß ich diese Methode nicht verlassen möchte.

II.

Zur Operation der Embolie der Lungenarterien.

Von

Fr. Trendelenburg in Leipzig.

Bei Fortsetzung meiner Tier- und Leichenversuche (vgl. Zentralblatt für Chirurgie 1907 Nr. 44) habe ich gefunden, daß man Emboli aus der Arteria pulmonalis durch folgendes Verfahren in verhältnismäßig einfacher und sicherer Weise herausbefördern kann, ohne das Herz, wie ich es früher getan habe, hervorzuziehen und zu inzidieren.

Auf der linken Brustseite wird unterhalb der Clavicula ein querliegender 8—10 cm langer zungenförmiger Lappen der Brustwand gebildet, dessen Basis dem linken Sternalrande anliegt und der nach oben bis an den unteren Rand der 1. Rippe, nach unten bis an den oberen Rand der 3. Rippe reicht. Die 2. Rippe wird in einem Abstande von 6—7 cm von ihrer Verbindung mit dem Sternum mittels der Rippenschere durchschnitten, und ihr medialer Abschnitt wird mit dem Lappen gewaltsam in die Höhe gebogen und nach rechts über das Sternum zurückgeschlagen. Bei schmalen Interkostalräumen wird noch ein Stück der dritten Rippe reseziert. Von der eröffneten Pleurahöhle aus schneidet man den Herzbeutel in der Höhe der dritten Rippe vorsichtig zwischen zwei Pinzetten an, mit Vermeidung des Nervus phrenicus und vor diesem Nerven; den Schnitt verlängert man nach oben und hinten, bis die ganze obere Hälfte des Herzbeutels eröffnet ist. Die untere Hälfte des Herzbeutels bleibt geschlossen, das Herz bleibt in seiner Lage. Die Wundränder des parietalen Perikardialblattes werden mit Klauenschiebern oder mit ein paar Nähten nach den Rändern der Thoraxwunde hingezogen, so daß der Herzbeutel klafft. In dem Herzbeutel sieht und fühlt man die Pulmonalis und die mit ihr fest verbundene Aorta ascendens. Sodann führt man eine vorn hakenförmig gebogene, mit dickem olivenförmigem Knopf und Handgriff versehene Sonde von der Länge und Dicke eines mittelstarken Katheters mit nach oben gerichtetem Knopf lateralwärts neben der Pulmonalis in den Herzbeutel ein und führt sie mit schraubender Bewegung durch den Sinus pericardii transversus hinter Pulmonalis und Aorta herum, bis der Knopf neben dem Sternalrande wieder zum Vorschein kommt, was bei richtiger Hantierung sehr leicht gelingt. Der Sinus ist so weit, daß er auch einen Zeigefinger bequem durchläßt, der, wenn die Durchführung der Sonde nicht gleich gelingen sollte, der Sonde behilflich sein kann. Die hinter Aorta und Pulmonalis liegende Sonde wird nun zunächst etwas hervorgehebelt, um die Gefäße nach der Wunde zu heranzuziehen und ruhigzustellen; später soll die Pulmonalis durch stärkeres Hervor-

hebeln der Sonde und durch Andrücken der Arterie gegen die Sonde mit einem aufgelegten Finger komprimiert werden. Die Sonde liegt der Pulmonaliswand in der Gegend der Klappen an. Ehe man komprimieren läßt, wird die vordere Wand der Pulmonalis mittels zweier anatomischer Pinzetten von dem sie einhüllenden visceralen Blatte des Perikardiums und dem subserösen Fettgewebe befreit, damit man die Stelle, an der man inzidieren will — nicht zu nahe an den Klappen —, klar übersehen kann und nachher bei der Naht der Arterie nicht durch das deckende Gewebe behindert ist. Nun wird komprimiert, der Operateur sticht in die Arterie ein, dilatiert in der Längsrichtung des Gefäßes, schiebt schnell eine gebogene Polypenzange ein, fischt nach dem Embolus im Stamm und wenn nötig bis 6—8 cm tief in den Ästen der Arterie und zieht den gefaßten Embolus heraus. Die Arterienwunde wird ohne jeden Zeitverlust mit einer gebogenen Klemmzange so zugeklemmt, daß die Zange wandständig an der Arterie sitzt und die Ränder der Arterienwunde die Branchen der Zange einige Millimeter überragen. Der komprimierende Finger und die Sonde wird entfernt, das Blut strömt wieder in die Gefäße ein und durch die Pulmonalis an der zugeklemmten Arterienwunde vorbei in die Lungen. Man kann nun in aller Ruhe die Arterienwunde auf der Zange mit feinen Seidennähten schließen und die Klemmzange dann wieder abnehmen. Das Anlegen der Klemmzange nach Extraktion des Fremdkörpers wird durch Benutzung einer schwach federnden Pinzette erleichtert, welche mit nach außen stehenden Häkchen versehen ist, und welche geschlossen in die Arterienwunde eingeführt und dann geöffnet wird, so daß die Häkchen die beiden Ecken der Wunde fassen und die ausgespannten Wundränder nun mit Hilfe des Instrumentes in die Klemmzange hineingezogen werden können. Einige Situationsnähte am Perikardium und das Wiedereinfügen des Lappens in den Defekt der Brustwand beenden die Operation.

Bei einem 8 Wochen alten 82 kg schweren Kalbe habe ich in dieser Weise ein 15 cm langes und 1 cm dickes streifenförmiges, einem anderen Tier beim Schlachten möglichst aseptisch entnommenes Stück Lunge, das durch die Jugularis als Embolus in den Kreislauf gebracht war, aus dem linken Ast der Pulmonalis herausgezogen. Die Kompression der Aorta und Pulmonalis, welche 1 bis höchstens 2 Minuten dauerte, schien die Herzaktion kaum zu stören, der Blutverlust aus der Pulmonalis war ein minimaler. Das Versuchstier erholte sich bald und ist in der Heilung begriffen.

Wegen der etwas stärkeren Wand der Lungenarterie liegen die Verhältnisse für die Arteriennaht beim Kalbe etwas günstiger als beim Menschen. Andererseits ist die Freilegung des Gefäßes wegen des starken Hervorstehens des Brustbeines und des kielförmigen Baues des Brustkorbes, wegen der Lage des Herzens mehr in der Sagittalebene und wegen des kurzen Abbiegens der Pulmonalis nach der Wirbelsäule und nach dem Schwanzende zu wesentlich schwieriger als beim Menschen. Auch ist die Kommunikation der beiden Pleura-

höhlen miteinander beim Kalbe ungünstig. Sie macht die Anwendung des Überdruckverfahrens notwendig, welches beim Menschen zwar ebenfalls eine wertvolle Beihilfe aber entbehrlich sein wird. Ob es immer gelingt, die mitunter etwas brüchigen Thromben mit der Polypenzange herauszubefördern ohne sie zu zerreißen, oder ob andere Instrumente zu Hilfe genommen werden müssen, wird nur durch praktische Erfahrungen am Menschen festgestellt werden können.

---

1) **J. Wolff.** Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. 747 S. 52 Figuren.

Jena, **Gustav Fischer,** 1907.

Das mit bewundernswertem Fleiß abgefaßte Buch beginnt mit kurzer Übersicht desjenigen, was wir über die Ansichten der Ägypter, Inder, Griechen, Römer (Galenus' Theorie der atra bilis), Araber und über die Theorien des Mittelalters wissen, um dann ausführlicher auf die Lymphtheorie (Descartes), die humoralpathologischen und solidarpathologischen Anschauungen überzugehen. Die Schulen der einzelnen Länder werden gesondert betrachtet. Die Darstellung der Blastemtheorie bildet den dritten Abschnitt, in dem das Mikroskop zur Geltung kommt; die Zellularpathologie und ihre Bedeutung für die Krebslehre leitet zu der ätiologischen Forschung der Neuzeit über, die Verf. in Embryonaltheorien (Boll, Cohnheim, Ribbert), in Zelltheorien (Savory, Bard, Beard, v. Hansemann, Lubarsch) und endlich parasitäre Theorien — wie die Überschriften der verschiedenen Abschnitte zeigen — einteilt.

Die Darstellung ist eine lediglich referierende, kompilierende, dabei ganz objektive, aber frisch und anregend lesbar, so daß die Lektüre des oft stark theoretischen Stoffes stets anziehend bleibt. Das Buch ist, kurz gesagt, ein Standardwork der Krebsliteratur von unschätzbarem Werte für denjenigen, der sich über dieselbe orientieren will, und in der Krebsfrage mitarbeitet. Die Gründlichkeit und Genauigkeit — soweit Ref. das beurteilen kann — ist staunenswert. Und es ist nur zu hoffen, daß der Verf., der nur die Arbeiten bis Anfang 1905 berücksichtigen konnte, dem Werke eine Fortsetzung auch der neuesten Literatur folgen lassen wird. Unser Dank wird nicht ausbleiben.

Goebel (Breslau).

---

2) **K. Laker.** Über das Wesen und die Heilbarkeit des Krebses. 73 S.

Wien, **Franz Deuticke,** 1906.

Die Theorie, welche hier aufgestellt und durch mehr philosophisch-mathematische Überlegungen, als exakte Untersuchungen zu stützen gesucht wird, ist ein Gemisch der alten Tiersch'schen und der Israel'schen Ansichten, allerdings vertieft durch spekulative Erörterungen. Verf. selbst faßt sie kurz in folgenden Worten zusammen:

Den Abkömmlingen des äußeren, mittleren und inneren Keimblattes wohnt, phylogenetisch angezüchtet, eine gewisse Wachstumskraft, die »keimvererbte Wachstumskraft« inne. Diese, von Individuum zu Individuum vererbte Eigenschaft verhindert die Epithelzellen, nach allen Richtungen des Raumes, wie es so natürlich wäre, zu wachsen und sich zu vermehren, und dieser Eigenschaft zufolge wird die Gewebsgleichung (keimvererbte Wachstumskraft des Epithels = der des Bindegewebes) bis zur Erschöpfung der Lebenskraft der Zellen aufrecht erhalten, so daß das individuelle Leben des Menschen mit annähernd gleichzeitigem Absterben sämtlicher Gewebe in Form des normalen Senilismus erlischt. Diese Art des Todes, welche bei wilden Völkern und in der Freiheit lebenden Tieren die Regel bildet, ist für den Kulturmenschen zur Ausnahme geworden, und als Folge der Kulturdegeneration, hervorgerufen durch die unnatürliche Lebens- und Ernährungsweise, entwickelt sich bei vielen Menschen der »ungleichmäßige, einkeimblättrige Senilismus«, zum Teil als vererbte, durch die Vorahnen allmählich erworbene und zum Teil durch die Fortdauer der schädlichen Einflüsse im individuellen Leben befestigte und noch gesteigerte Eigenschaft, derzufolge sich die Lebenskraft des Bindegewebes früher erschöpft, als die der Epithelzellen. Die keimvererbte Wachstumskraft schwankt zu verschiedenen Zeiten innerhalb gewisser Grenzen in der Weise, daß, wenn die Wachstumskraft der Epithelien zunimmt, diejenige des Bindegewebes ebenfalls in demselben Maße erhöht wird. Diese Schwankungen sind eine phylogenetisch angezüchtete Zweckmäßigkeitseinrichtung der Natur im Sinne der beständigen Aufrechterhaltung der Gewebsgleichung, da die Epidermis zum Schutze gegen äußere Einflüsse eine jeweilig höhere Widerstandskraft anzuzüchten genötigt ist. Infolge dieser Fähigkeit in bezug auf Wachstums- und Vermehrungskraft zu variieren und diese erworbene Zellvariation auf die nachfolgenden Zellgenerationen zu übertragen, also durch »zellvererbte Wachstumskraft« ändert sich an den verschiedenen Bezirken der Körperoberfläche die Wachstumskraft der Zellen in gewissen physiologischen, durch die keimvererbte Wachstumskraft bestimmten Grenzen, ohne daß die Gewebsgleichung dadurch wesentlich alteriert würde. Wenn sich aber an einer Körperstelle durch »zellvererbte Wachstumskraft« eine abnorme Wachstums- und Vermehrungskraft von Epithelzellen entwickelt und gleichzeitig ein gewisser Grad des einkeimblättrigen Senilismus eingestellt hat, ist das Bindegewebe nicht mehr imstande, durch erhöhte »zellvererbte Wachstumskraft« dieser krankhaften Abnormität das Gegengewicht zu halten, es kommt an dieser Stelle zum atypischen Wachstum und durch Steigerung der krankhaften Veränderung im weiteren Verlaufe zu allen Erscheinungen des Krebses. Goebel (Breslau).

3) **E. v. Dungern und R. Werner.** Das Wesen der bösartigen Geschwülste. Eine biologische Studie. 159 S.

Leipzig, Akademische Verlags-Gesellschaft m. b. H., 1907.

Nach der Verff. Ansicht, ist der Beweis nicht erbracht, daß bösartige Geschwülste jetzt häufiger vorkommen als früher. Im deutschen Reiche sterben jährlich 40000 Menschen daran. In Berlin ist das Vorkommen von Krebs bei Hunden 7mal häufiger als der Durchschnitt der Erkrankungen beim Menschen in Deutschland beträgt.

Über die Ätiologie ist auch heute das entscheidende Wort noch nicht gesprochen.

In außerordentlich anschaulicher Weise ist alles das hier zusammengetragen und kritisch bearbeitet worden, was gerade in den letzten Jahren über die Genese der bösartigen Geschwülste bekannt geworden ist; doch ist es an dieser Stelle unmöglich, hierauf näher einzugehen.

Die eigenen Versuche und Beobachtungen der Verff. haben sie zu einer bestimmten Theorie geleitet: Das vermehrte Wachstum wird durch äußere und innere Reize unterhalten; unter innerer Reizung wird die gegenseitige Reizung der Zellen verstanden. Durch den Reiz, der die Zelle trifft, werden normalerweise vorhandene Wachstumshemmungen zerstört. Weniger wahrscheinlich ist es, daß die assimilatorischen Teile der Zelle durch den Reiz erregt werden.

Von den Gründen, die von den Verff. zur Stütze ihrer Theorie angeführt werden, seien hier kurz einige erwähnt. Wachstum kann nicht durch Reize entgegengesetzter Art erzeugt werden, doch können beide Reizarten Hemmungen zerstören. Man kann sich nicht vorstellen, daß ein einmaliger Reiz länger dauernde Gewebswucherung erzeugt; andererseits kann er aber Hemmung vernichten und damit einen dauernden Zustand der Wucherung herbeiführen.

Zellen im Zustande der Reizung sind im allgemeinen minderwertig, nicht höherwertig; Degenerationen werden oft bei ihnen beobachtet.

Die zerstörten Hemmungen werden bei normalen Zellen wiederhergestellt, nicht aber bei Geschwulstzellen. Das dauernd beschleunigte Wachstum charakterisiert die Zelle der bösartigen Geschwulst; bei den anderen Zellen kommt es, wenn vielleicht auch zeitweise die Hemmungen verloren gingen, schließlich doch zu ihrer Restitution und damit zum Abschluß des Wachstumsprozesses.

Jede Zelle hat normalerweise ein hohes Maß von Anpassungsfähigkeit an Reize, ein zweiter Reiz muß erheblich stärker sein als der erste es war, wenn er denselben Effekt haben soll wie dieser. Deshalb pflegen auch dicht nebeneinanderliegende Zellen desselben Organismus nicht gegenseitig zur Wucherung anzuregen.

Die bösartigen Geschwülste wachsen von innen heraus, nicht durch Apposition. Sie entstehen dort, wo das Gewebe irgendwie verändert, gealtert oder noch wenig differenziert ist.

Noch niemals ist ein bestimmter Parasit als Erreger von bösartigen Geschwülsten mit Sicherheit nachgewiesen worden.

Das Buch, das weit mehr des Interessanten enthält, als hier angedeutet werden konnte, sei allen, die sich mit diesen Fragen beschäftigen, zum Studium empfohlen. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

4) F. Sanfelice. Über die Wirkung der löslichen Produkte der Blastomyceten in bezug auf die Ätologie der malignen Geschwülste.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 166.)

Im Verfolg seiner früheren Arbeiten über Blastomyceten hat Verf. umfangreiche Versuche an Hunden und Katzen angestellt mit intraperitonealer, intravenöser, subkutaner und intratrachealer Einführung von Hefeprodukten; und zwar nahm er Kartoffelkulturen, die mehrere Monate lang in verschlossenen Röhrchen aufbewahrt waren. Die Hefen lassen ihre löslichen Produkte in den Nährboden eindringen, ohne daß sie selbst dazu die Fähigkeit haben, so daß man also leicht, wenn der Hefebelag fortgenommen wird, mit den zerkleinerten Kulturen zusammen die löslichen Produkte dem Tierkörper einverleiben kann. Die Hefen waren aus einer Eierstocksgeschwulst des Hundes und aus dem Eiter isoliert, der sich um ein Geschwulststück herum gebildet hatte, das von dem Vorhautsarkom eines Hundes stammte und einem Kaninchen in das Unterhautzellgewebe transplantiert war, wobei allerdings nichts davon verlautet, daß in der primären Geschwulst Hefezellen gefunden wurden.

Fast alle Versuche fielen positiv aus. Verf. bildet eine Reihe der experimentellen Geschwülste zum Teil in natürlicher Größe ab. Primäre Geschwülste fanden sich im Bauchfell, Netz, den Lungen (bei intratrachealer Impfung), dann Metastasen in Leber, Lungen, Lymphdrüsen usw. Es zeigte sich teils ein endotheliomatöser Bau, aber mit deutlichen Cystenbildungen, sowohl in den primären, als in den als Metastasen angesprochenen Geschwülsten, teils eine an echte Karzinome, Adenokarzinom und Epithelialkrebs erinnernde Struktur. Vor allem gelang Verf. auch die Hervorrufung eines typischen Vorhautsarkoms beim Hunde durch subkutane Injektion der Hefeprodukte dortselbst.

Daß seine Geschwülste keine Granulationsgeschwülste darstellen, dafür spricht dem Verf. zunächst die Homogenität der an Kern, wie an Zellkörper einander völlig ähnlichen Zellelemente, das Fehlen weißer Blutkörperchen und von Fibrin, die Übereinstimmung der Metastasen mit der Hauptgeschwulst, die Cystenformation usw. Jedenfalls kommt er zu dem Ausspruch: »Es gibt nur zwei Auswege, entweder weist man diese pathologischen Prozesse der experimentellen Onkologie zu, oder man schiebt ein neues Kapitel pathologischer Anatomie ein, wo sie ein Plätzchen finden. Die anatomischen Patho-

logen haben das letzte Wort zu sagen«. Dem möchte sich auch Ref. anschließen, Nachuntersuchungen sind auf jeden Fall nötig.

Als Schlußsätze führt Verf. die folgenden an:

1) Die Zellen des Organismus reagieren gegen die Wirkung der löslichen Produkte der Blastomyceten, indem sie sich unter Wandlung von Form und Funktion (Anaplasie) vermehren und lokale Bildung eines neoplastischen Gewebes veranlassen. Ausgelöste Bestandteile des letzteren können auf dem Wege der Lymph- und Blutgänge sich in beliebiger Entfernung auf den Organen niederlassen und hier neues Gewebe aufbauen, identisch von Struktur mit dem Gebilde, von dem sie ausgingen.

2) Dieses Faktum bildet den Grundstein der Differentiation der malignen Tumoren von den Geschwülsten chronischer Entzündung. Somit müssen durch Sproßhefen hervorgerufene Veränderungen der Klasse der echten Neoplasien zugeteilt werden. Goebel (Breslau).

---

5) E. Schümann. Über die Entstehung bösartiger Neubildungen auf der röntgenbestrahlten Haut.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

Verf. stellt aus der Literatur eine Reihe von Fällen zusammen, bei denen nach Röntgenbestrahlung entweder der gesunden oder der mit Dermatosen behafteten Haut ein Karzinom entstanden ist. Weiterhin behandelt er das Röntgenkarzinom als Gewerbekrankheit. Es entwickelt sich bei Röntgentechnikern auf der Basis einer Bestrahlungsdermatitis und ist in eine Linie mit dem Schornsteinfeger- und Paraffinarbeiterkrebs zu stellen. S. veröffentlicht drei neue einschlägige Fälle, deren Krankengeschichten sehr interessant sind. Er stellt fest, daß auf Grund des vorhandenen Materials als Vorbedingung für die Entstehung eines Röntgenkarzinoms eine sehr erhebliche und lang fortgesetzte Bestrahlung erforderlich ist. Die Grundlage bildet eine chronische Röntgendermatitis mit Neigung zu Hyperkeratosen, Pigmentierungen, Schrunden und Warzenbildung. Das jugendliche Alter, das gegen Hautkrebs sonst immun zu sein pflegt, ist am Röntgenkarzinom stark beteiligt. Als Ursache sieht Verf. nicht die durch Gefäßobliteration hervorgerufene schlechtere Ernährung der Zellen, sondern den intensiven Epithelreiz an. Die Malignität des Röntgenkrebses ist verschieden; sehr oft ist starkes Wachstum zu beobachten. Die Therapie ist eine chirurgische.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

6) K. Vignolo-Lutati. Über die Atrophia maculosa cutis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 7.)

Der Verf. gibt eine Zusammenstellung der als makulöse Atrophie publizierten Fälle, beschreibt zwei eigene Beobachtungen auch histologisch und kommt nach einer genauen Analyse des bekannten Materials zu dem gewiß berechtigten Schluß, daß die sog. Atrophia

maculosa cutis kein selbständiger Krankheitstypus ist, sondern sehr verschiedene Arten aufweist. **Jadassohn** (Bern).

---

7) **M. Grasmann.** Versuche über Händedesinfektion unter besonderer Berücksichtigung der von Heusner empfohlenen Jodbenzinmethode. (Aus der chirurgischen Abteilung des städt. Krankenh. München r. d. Is., Hofrat Dr. Brunner.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42 u. 43.)

Die Untersuchungen ergaben folgendes: Die Händedesinfektionsmethode mit der Alkohol-Äther-$^1/_2$%igen-Salpetersäuremischung nach Schumberg ist zwar eine sehr einfache, schnelle und schonende, aber hinsichtlich des Desinfektionseffektes weit hinter den anderen Methoden zurückbleibend. Die modifizierte Fürbringer'sche ist umständlich, greift die Hände sehr an, ergibt aber gute Resultate, wie sie auch der Händewaschung mit Sublaminalkohol nach Engels nachzurühmen sind. Noch bessere erreicht man mit dem Jodbenzin nach Heusner; die Hände vertrugen dieses besser, als die Bürstung oder Abreibung mit Sublaminalkohol, der stark reizend wirkt. Letztere Methode mit Jodbenzin ist einfach, einheitlich und nimmt nicht viel Zeit in Anspruch: nur die Feuergefährlichkeit des Benzins ist bedenklich. G. empfiehlt deshalb die Anwendung des nicht brennbaren und nicht explodierenden mit 0,1%igem Jod vermischten Benzinoforms, das für die Haut reizlos ist und eine violette Flüssigkeit darstellt; sein Preis (Marke chemische Fabrik Griesheim-Electron) ist der gleiche wie der des Benzins der Pharmakopoe. **Kramer** (Glogau).

---

8) **R. Emmerich** (München). Die Pyocyanase als Prophylaktikum und Heilmittel bei bestimmten Infektionskrankheiten. I. Die Behandlung der Diphtherie mit Pyocyanase.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 45 u. 46.)

Die Pyocyanase ist ein in Pyocyaneuskulturen gebildetes bakteriolytisches Enzym, welches in Lösung nicht nur die Zellen des Bazillus pyocyaneus, sondern auch Diphtherie-, Cholera-, Typhus-, Pest- und Milzbrandbazillen, sowie die Strepto-, Staphylo-, Gono- und Meningokokken in kurzer Zeit abtötet und auflöst und dadurch in der kausalen Therapie der genannten Infektionskrankheiten vielleicht eine hervorragende Rolle spielen könnte. E. hat zunächst in Experimenten die Wirkung der Pyocyanase auf Diphtheriebazillen studiert und sodann auch am Menschen den raschen Erfolg und die Zuverlässigkeit der Behandlung der Diphtherie mit mehrmals am Tage und in der Nacht erfolgendem Aufstäuben von 3—4 ccm erwärmter Pyocyanase auf die Rachenorgane festgestellt. Der Erfolg wird bedingt durch die bakterizide und entwicklungshemmende Wirkung auf die Diphtheriebazillen und Strepto- und Staphylokokken, durch die Bindung des Diphtheriegiftes, durch die Auflösung der Membranen und durch eine spezifische,

*

die Restitution der Schleimhaut unterstützende, vielleicht chemotaktische Wirkung. Die Ergebnisse der von E. schon im Jahre 1900 begonnenen Behandlung sind auch durch Pfaundler und Zucker zum großen Teil bestätigt worden. Eine Reihe von lesenswerten Krankengeschichten, besonders schwerer septischer Diphtheriefälle, in denen die Gefahr rasch beseitigt wurde, illustrieren die erreichten Resultate.

Kramer (Glogau).

---

9) **L. Wrede.** Die Stauungsbehandlung akuter eitriger Infektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 2 u. 3.)

Verf. beginnt seine umfangreiche Arbeit mit einem theoretischen, kritischen Teil. In demselben geht er scharf mit Bier's Anschauungen über Wert und Wirkungsart seiner Stauungsbehandlung ins Gericht. Er wendet sich vom Standpunkte des Naturwissenschaftlers dagegen, daß Bier Ausdrücke gebraucht, welche auf die Annahme einer bewußten Zweckmäßigkeit der Natur hinzudeuten scheinen. Ref. möchte annehmen, daß ein naturwissenschaftlicher Forscher wie Bier ernstlich von einer derartigen Anschauungsweise frei ist, und daß es sich bei solchen Äußerungen nur um ein Urteil über die Folgen entzündlicher Prozesse für das betroffene Subjekt, nicht um die Wiederaufnahme eines veralteten Prinzips spekulativer Betrachtungsweise gehandelt hat. W. erhebt Widerspruch dagegen, daß venöse Stauung und Stromverlangsamung ohne weiteres als die natürlichen Kampfmittel des Körpers bei akuten eitrigen Infektionskrankheiten angesehen werden dürfen, und daß es begründet sei, in der künstlichen Vermehrung der Stromverlangsamung einen Vorteil zu erblicken. Aus den klinischen Tatsachen, die er seiner eigenen Beobachtung, wie den in der Literatur publizierten Erörterungen und Fällen entnimmt, scheint ihm hervorzugehen, daß auch eine Virulenzabschwächung ebensowenig wie eine Baktericidie weder mit irgendwelcher Sicherheit, noch in gesteigertem Maße durch die Staubehandlung zustande kommt. Die Arbeiten, die dies zu beweisen vorgeben, beruhen seiner Ansicht nach auf fehlerhafter Anlage oder falschen Schlüssen. Für wichtig hält er es, daß seiner Ansicht nach der Erweis dafür erbracht ist, daß das Bier'sche Stauungsverfahren die Resorption der Entzündungsstoffe fördert, und daß die resorbierten Entzündungsstoffe Schädigungen in parenchymatösen Organen, wie Herz, Leber, Nieren, hervorrufen können, abgesehen davon, daß infolge davon gelegentlich auch Metastasen auftreten. Die kleinen Einschnitte, welche Bier früher befürwortet hat, verdammt Verf. Er konstatiert, daß Bier bezüglich dieses Punktes in seiner neuesten Veröffentlichung praktisch die weitesten Zugeständnisse gemacht hat. Wenn W. dagegen meint, daß damit viel von dem Nimbus der neuen Lehre fortfällt, so werden ihm wohl viele nicht beistimmen, die es als ein großes Verdienst Bier's ansehen, daß man heute allgemein gelernt hat, auch bei entzündlichen Prozessen schonsamer vorzugehen. Ebensowenig wird man wohl W.'s

Äußerung beipflichten, daß Bier's Erklärung über die Wirkungsweise seiner Methode darauf hinauskomme: »Stauungshyperämie wirkt durch Hyperämie!« Derartige verletzende Bemerkungen sind jener Urteilsäußerung nahe verwandt, welche Bier im Gegensatz zur Ansicht seiner Fachkollegen alles Verdienst an der Rückenmarksanästhesie absprechen. Sie gehören nicht mehr in das Gebiet der Kritik. Ref. glaubt allgemeiner Zustimmung sicher zu sein, wenn er verlangt, daß man Bier, welchem unser Fach mehr Anregung und Fortschritte verdankt, als irgendeinem, mit der Wertschätzung und Anerkennung begegnet, welche ein hervorragender Forscher verdient. An dieser Forderung kann auch die Einsicht nichts ändern, daß Bier's Lehren wie diejenigen anderer Meister unserer Wissenschaft des Ausbaues und der Korrektur bedürfen.

W. ist, wie nach seinen theoretischen Erörterungen zu erwarten ist, von der Bier'schen Stauung nicht befriedigt. Wohl erkennt er einzelne gute Erfolge an, aber er schränkte ihren Wert dadurch ein, daß er sie entweder als leichte Infektionsfälle ansieht oder der Meinung Ausdruck gibt, daß sie wahrscheinlich auch gerade so rasch und so gut nach der alten Behandlungsmethode geheilt worden wären. In einzelnen Fällen seines Materials glaubt er direkt mit der Staumethode schwere Mißerfolge erzielt zu haben, sei es, daß es zur Amputation von Extremitäten kam oder die Pat. gar septisch zugrunde gingen. Er verwirft die »blendende Hypothese von der Nützlichkeit der Entzündung«. Man habe die letztere gar nicht nötig, wenn man sie nach dem alten Verfahren ausschalte. »Das Schlagwort« von den kleinen Inzisionen sei trügerisch in allen schweren Fällen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

10) **Pusey.** The use of carbon dioxid snow in the treatment of nevi and other lesions of the skin.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 16.)

Verf. bediente sich bei einer Reihe von Fällen mit Erfolg der flüssigen Kohlensäure zur Beseitigung von Hautkrankheiten.

Auffallend ist der durch Photogramme illustrierte Erfolg, den er durch Beseitigung eines großen Naevus pigmentosus pilosus mit Kohlensäure erzielte. Das Mal betraf die linke Stirnseite und fast die ganze linke Wange einer jungen Dame und wurde bis auf einfache, zart pigmentierte Flecke ganz ohne Narbenbildung entfernt. Ebenso gelang die Entfernung eines Naevus, der das ganze untere Augenlid ergriffen hatte.

Verschiedene Pat. mit Naevus vasculosus wurden schnell völlig geheilt. Bemerkenswerte Erfolge hatte Verf. bei der Behandlung des Lupus erythematosus, nicht aber beim Lupus vulgaris; dafür wirkt das Verfahren nicht tief genug.

Im allgemeinen genügt es, die zu behandelnde Hautpartie 10 bis 30 Sekunden im gefrorenen Zustande zu erhalten. Es kommt dann

zur Blasenbildung; die Blase trocknet ein, und die entstandene Kruste verschwindet in 10 Tagen, ohne Narbenbildung zu hinterlassen. Setzt man das Verfahren 50 Sekunden fort, dann kommt es zu Gangrän. Genügt die einmalige kürzere Sitzung nicht, dann kann man sie ein- oder mehrmal wiederholen. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

11) **Forsyth.** The relation between the thyroid and parathyroid glands.

(Brit. med. journ. 1907. November 23.)

Sandström lehrte 1882, daß die Parathyreoiddrüsen nur Reste embryologischen Gewebes und ohne wesentliche Bedeutung seien; Gley stellte sie 1892 auf Grund von Tierexperimenten als lebensnotwendige Organe hin. Zwischen diesen beiden Theorien hat auch die neueste Forschung noch keine Entscheidung getroffen.

F. hat sich nun an der Hand von Untersuchungen an über 50 menschlichen Leichen und über 70 verschiedenen Tieren eine eigene, seiner Meinung nach den Streit entscheidende Ansicht gebildet. Da es unmöglich ist, infolge der großen Ungesetzmäßigkeit der Parathyreoiddrüsen an Zahl und Lage, mit Sicherheit alle Drüsen operativ ohne Schilddrüse und selbst mit ihr zu entfernen, so sind alle Schlußfolgerungen aus solchen operativen Ergebnissen sehr angreifbar. Auf der anderen Seite fehlt zur Bekräftigung und Annahme der Sandström'schen embryologischen Theorie die Erfüllung zweier Forderungen: es konnte nicht nachgewiesen werden, daß die Parathyroiddrüsen dem embryologischen Schilddrüsengewebe gleichartig seien, ebensowenig konnten Anzeichen dafür gefunden werden, daß das Parathyreoidgewebe im Schilddrüsengewebe sich umwandelt, oder daß Übergangsformen bestehen.

F.'s eigene Ergebnisse sind: die Parathyreoiddrüsen sind kein embryologisches Gewebe, sondern besitzen aktive Sekretion. Der abgesonderte Saft ist vom Schilddrüsenkolloid nicht zu unterscheiden: funktionell sind Parathyreoid- und Thyreoidgewebe sich gleich; ihre histologischen Unterschiede sind abhängig von der Stärke der Sekretion und der Lymphdrainage beider Drüsen. **Weber** (Dresden).

---

12) **MacCallum, Thomson** and **Murphy.** Tetany after parathyroidectomy in herbivora.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Bei der weiten Verteilung des Parathyreoidgewebes bei Herbivoren ist es ungewöhnlich schwierig, wirklich alles zu entfernen.

Gelingt dies aber, dann kann man auch mit Sicherheit den Ausbruch heftiger Tetanie erwarten. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

13) **Estes** and **Cecil.** The relation of iodine to the parathyroid.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Die Verff. haben die Parathyreoidea bei 2 Hunden, 6 Kühen, 3 Pferden, 2 Schafen und 4 Menschen nach dem Baumann'schen

Verfahren auf Jodgehalt untersucht und sind zu dem Ergebnis gelangt, daß Jod in diesem Organ so gut wie niemals vorhanden ist. War es wirklich einmal nachzuweisen, dann war die Menge so minimal, daß Jod für die Funktion des Organs unmöglich irgendwelche Bedeutung haben kann. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

14) **R. Haecker.** Experimentelle Studien zur Pathologie und Chirurgie des Herzens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

Die Versuche des Verf.s sind meist an Hunden ausgeführt worden. Zur Freilegung des Herzens hat er sich des Interkostalschnittes bedient, der ihn genügend Zugang verschaffte. Zur Vermeidung des Pneumothorax wurde das Sauerbruch'sche Unterdruckverfahren angewendet, das eine Veränderung des Blutdruckes nach Eröffnung der Brusthöhle nie zustande kommen ließ, während an den beigegebenen Kurven ersichtlich ist, daß beim Sinken des Minusdruckes in der Kammer eine Steigerung des Blutdruckes eintrat. Die Versuche an Stich- und Schußverletzungen des Herzens ergaben, daß die Blutung aus demselben systolisch erfolgt, und daß sie in dem Maße nachläßt, wie die Lunge zusammensinkt, was durch Wiederherstellung des Atmosphärendruckes einfach zu erzielen war. Den Unterschied in der Stärke der Blutung bei geblähter und kollabierter Lunge muß man wohl so erklären, daß die zusammengesunkene Lunge infolge der Gefäßerweiterung mehr Blut aufnimmt und dasselbe langsamer dem linken Ventrikel zuführt. Der Pneumothorax, welcher so als günstig angesehen werden müßte, wirkt aber bei längerem Fortbestehen schädlich und führt zum Herzstillstand. Er muß deshalb beseitigt werden. Immerhin ist es aber von Vorteil, daß man in der pneumatischen Kammer Variationen der Lungenblähung anbringen kann. Bemerkenswert ist, daß die Nahtanlegung bei kollabierter Lunge leichter war, da das Herz in diesem Falle schlaffer und weicher wurde. Zweckmäßig ist es, das Herz bei 3—4 mm Hg, resp. etwas mehr Unterdruck bei größeren Tieren freizuliegen. Erst nach Anlegung der Naht wurde derselbe auf 8 mm erhöht, wodurch die oft darniederliegende Herztätigkeit sich rasch erholte. Für die Naht empfiehlt H. Catgutknopfnähte. Sie sollen nur Epi- und Myokard fassen. In der Ausschaltung des Pneumothorax bei Herzoperationen sieht er neben den sonstigen Vorteilen eine wesentliche Verminderung der Infektionsgefahr für die Pleura, die bei Tieren sehr leicht den Tod verschuldet. Das temporäre Abklemmen der Vena cava superior und inferior zu vorübergehender Blutstillung wurde bei Abbindung beider Gefäße zu gleicher Zeit bis zu 10 Minuten, bei Abklemmung nur einer Vene bis zu vielen Stunden vertragen. Nachdem sich Verf. an einigen Versuchen überzeugt hatte, daß man mittels der Abklemmungsmethode fast blutleer am Herzen operieren kann, ohne dasselbe zu schädigen, glaubt er, daß durch dies Resultat auch größere Operationen am Herzen, z. B. bei Fremdkörpern in demselben, eine günstige Perspek-

tive eröffnet wird. Die eigenen Fremdkörperversuche, die H. durch Einbringen von stechenden, spitzen Körpern und von Kugeln in die Herzhöhlen vorgenommen hat, ergaben, daß das Schicksal derselben von ihrer Form und Größe abhängt. Nadelförmige Gebilde dringen in die Wandung ein; an den Teilen, die in die Hohlräume hineinragen, kommt es zu Thrombenbildung. Nicht nadelförmige Körper werden vom Blutstrom fortgerissen in die Lungenarterie, in die Bauchaorta usw., je nachdem sie in die rechte oder linke Herzhälfte eingeführt werden. Jedenfalls können Fremdkörper auch ohne Störung für den Organismus einheilen.

Weiterhin ist es dem Verf. im Verlaufe seiner äußerst interessanten Experimente gelungen, unter Anwendung der Blutleere Stücke aus der Herzwand auszuschneiden, und zwar in großer Ausdehnung. Er fand dabei eine Stelle, vielleicht an der linken Atrioventrikulargrenze, deren Verletzung sofortigen Herzstillstand verursacht. Auch Klappenfehler und andere anatomische Schädigungen hat er bei einer größeren Zahl von Tieren zustande gebracht. Verf. glaubt wohl mit Recht, daß die Resultate seiner umfangreichen Arbeit die menschliche Herzchirurgie um einen weiteren Schritt vorwärts bringen werden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

15) **C. E. McGirk.** Enuresis in the female due to phimose.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. November.)

Bei kindlichen und erwachsenen Angehörigen des weiblichen Geschlechts will Verf. als Ursache langdauernder und hartnäckiger Enuresis eine Phimose durch Verwachsungen zwischen Präputium und Clitoris gefunden haben. Dieser pathologische Zustand bedinge durch behinderte Erektionsmöglichkeit der Clitoris oder durch Irritation infolge von Smegma einen ständigen Reiz, der auf dem Wege des N. pudendus und der sympathischen Nerven zum Miktionszentrum des Rückenmarkes geleitet werde und hier die unfreiwillige Harnentleerung auslöse. In anderen Fällen käme es durch den genannten Reiz zu Hysterie, Nymphomanie, Masturbation, Chorea, Pruritus vulvae, Vaginitis.

In neun Fällen von sog. weiblicher Phimosis hat nun Verf. die Zirkumzision bzw. Lösung des Präputiums der Clitoris vorgenommen und dadurch die langdauernde lästige Enuresis beseitigt. Beachtenswert erscheint der Umstand, daß das Leiden in zwei Fällen Mutter und Kind betraf, und daß drei von vier Müttern Kinder mit ähnlichen Anomalien geboren hatten. **Strauss** (Nürnberg).

---

16) **Dsirne.** Kryoskopie und funktionelle Nierendiagnostik.

(Chirurgia 1907. Nr. 122. [Russisch.])

Nach kurzer historischer Einleitung bringen die Ausführungen eine sachliche Kritik der auf dem Gebiete der funktionellen Nierendiagnostik auseinandergehenden Meinungen. D. schließt sich ganz Kümmell an, in dessen Institut die vorliegenden Untersuchungen

stattgefunden haben. Das Schwergewicht der Ausführungen verlegt D. auf die Fragen der Technik bei der Kryoskopie, indem er mit Recht betont, daß nur eine einwandsfreie Technik, die erst nach vielen Dutzenden von Bestimmungen erreicht werden kann, maßgebend ist. Ferner bringt D. eine Reihe von wichtigen Kleinigkeiten aus der Technik, die für das Resultat der Untersuchung entscheidend sein können.

Im übrigen steht er ganz auf dem Standpunkte der Autoren, die der Kryoskopie nur dann eine entscheidende Bedeutung beimessen, wenn alle anderen Untersuchungsmethoden im Stiche gelassen haben.

Die Arbeit ist ein warmer Appell an die russischen Kollegen, die Vorteile der Methode sich zu Eigen zu machen.

Oettingen (Berlin).

---

17) **G. Ekehorn.** Beiträge zur Kenntnis der Wachstumstopographie der Tuberkelbakterien in der Niere bei tuberkulöser Nephritis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

E. konstatiert, daß man oft in frischen Fällen von Nierentuberkulose mit unbedeutender Eiterung große Mengen von Tuberkelbazillen findet, daß dagegen in alten Fällen mit starker Eiterung nur wenig Bazillen zu sehen seien. Ferner ist ihm aufgefallen, daß die Tuberkelbazillen oft in großen Kolonien angehäuft sind in Anordnungsformen, die darauf schließen lassen, daß sie sich in einem freieren Zustande gebildet haben müssen analog den Verhältnissen, unter denen das Bakterium auf der Oberfläche eines halbfesten artefiziellen Nährmittels wächst. Die Untersuchungen des Verf. an exstirpierten Nieren, die stets sofort nach der Operation vorgenommen wurden, ergaben interessante Aufschlüsse über diese eigenartigen Erscheinungen. Sie zeigten, daß die vielen Bakterien von Vegetationen in den ulzerierten Papillenspitzen herrührten, so daß es einleuchtet, daß bei beginnenden Fällen auch schon ein ergiebiger Bakterienbefund möglich ist. Ebenso ist es klar, daß der Bakteriengehalt während verschiedener Perioden der Krankheit verschieden sein kann, je nachdem neue Partien der Papillenspitzen ergriffen werden und der Nekrose anheimfallen. Auf Grund der Beschaffenheit des Urins lassen sich auch gewisse Wahrscheinlichkeitsschlüsse auf den Zustand der Niere ziehen. Findet man z. B. im Urin Bakterien in großen Haufen oder Kolonien, so kann man schon auf Grund hiervon sagen, daß sie von einer der Nieren herkommen, da es bisher nicht beobachtet wurde, daß sie von der Oberfläche der Blase oder der Harnleiter stammen können. Die Partie der Niere, von welcher sie kommen, ist mit Wahrscheinlichkeit als im Zustand der Nekrotisierung befindlich anzunehmen. Reichlicher Eitergehalt mit geringer Bakterienzahl spricht für eine ältere Kaverne mit sklerotischen Wänden; unbedeutende Eitermengen lassen selbst bei starkem Bakteriengehalte darauf schließen, daß keine größere Nierenpartie in Zerfall begriffen ist. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

18) W. Röpke. Die Folgen der Nephrotomie für die menschliche Niere.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 3.)

Die Frage, ob Inzisionen in das Nierengewebe ausgedehntere Schädigungen des Parenchyms über das Inzisionsgebiet hinaus veranlassen oder nicht, ist bisher bloß durch das Tierexperiment geprüft worden. Verf. hat zu näherer Klarlegung Fälle aus der Literatur neben einem eigenen zusammengestellt, an denen eine Möglichkeit vorlag, Studien über die genannte Frage anzustellen. Er glaubt auf Grund des vorliegenden Materials mit Langemak den Sektionsschnitt der Niere nicht als harmlosen Eingriff ansehen zu dürfen. Der Sektionsschnitt sowohl wie alle anderen beliebigen Schnitte haben Infarktbildung im Gefolge. Das vorliegende Material genügt nach Verf.s Ansicht aber nicht, den Sektionsschnitt im allgemeinen als so folgenschwer hinzustellen wie es Langemak und Hermann getan haben. Die Schnittrichtung beeinflußt die Größe der Infarktbildung. Inwieweit man aber nach Zondeck's Untersuchungen mit dessen dorsal gelegenem Sektionsschnitt bei pathologischen Nieren eine ausgedehntere Gewebsschädigung vermeiden kann, dazu sind noch weitere Untersuchungen erforderlich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

19) Krymoff. Zur Technik der Nephrotomie.

(Chirurgia 1907. Nr. 131. [Russisch.])

Eine umfangreiche Experimentalstudie, die sich mit den Verschlußmethoden der durchschnittenen Niere beschäftigt. Es sollte die Frage beantwortet werden, ob Catgut oder Seide das geeignetere Nahtmaterial wäre, ferner die Frage, ob durch das Parenchym oder nur durch die Kapsel genäht werden solle, und schließlich tritt K. der Frage näher, ob die Vereinigung der Nierenhälften ohne Naht durch Anlegung einer besonders konstruierten Nierenklammer zu erreichen ist, die, 12—24 Stunden liegen bleibend und dann vorsichtig entfernt, jede Naht ersetzen soll.

K. operierte an Hunden zunächst einseitig nach einer Methode, nach Wochen wurde an der anderen Seite eine andere Methode versucht. Schließlich wurden die Hunde getötet und makroskopische sowie mikroskopische Untersuchungen an den Nieren vorgenommen. (Übrigens bemerkt Verf. kurz, daß er bei der zweiten Operation regelmäßig an der anderen Niere eine kompensatorische Hypertrophie fand, die in einigen Fällen in der Folge zurückging.) Die Resultate lassen sich im wesentlichen folgendermaßen zusammenfassen: In allen Fällen, wo — mit Seide oder mit Catgut — durch das Parenchym genäht worden war, zeigt die Niere an den Nahtstellen die typischen narbigen Einziehungen bis tief in das Parenchym hinein. Mikroskopisch war zwischen dem mit Catgut und dem mit Seide genähten Gewebe ein wesentlicher Unterschied bemerkbar; die Umgebung des in Resorption begriffenen aufgequollenen Catguts ist dicht angefüllt mit »lymphoiden

Elementen«, die bis in den Faden hineindringen, diesen auflösend. Nach erfolgter Auflösung bildet sich an Stelle der Naht eine zarte fibröse Narbe. K. beschreibt diesen Vorgang als »typisches Bild aktiver Gewebstätigkeit«, die einen funktionell möglichst geringen Defekt hinterläßt.

Anders wo das Parenchym mit Seide genäht wurde. Hier bietet sich mikroskopisch das »Bild passiver Gewebstätigkeit«, indem das Gewebe durch Abkapselung des Fadens diesen gewissermaßen zu isolieren versucht. Allerdings ist auch hier der Faden mit Granulationsgewebe umgeben, doch ziehen von dort in weiterer Ausdehnung bindegewebige Züge in die Tiefe des Organes; dieses wird durch den Fremdkörper in jeder Beziehung viel intensiver gereizt und zur Reaktion gezwungen. Das Schlußresultat ist eine viel ausgedehntere Narbe, in deren Mitte der Faden liegen bleibt.

Zu dieser Versuchsreihe bemerkt K. noch, daß er in drei Fällen Infarkte feststellen konnte, die auf das Nähen mit scharfer Nadel zurückzuführen seien; diese stechen wichtige Gefäße an, und deshalb sei, wo das Parenchym genäht werden soll, nur die stumpfe und gerade Nadel anzuwenden.

In der dritten Versuchsreihe nähte K. nur die fibröse Kapsel mit fortlaufender Naht. Das erste in die Augen springende Symptom war eine nach der Operation bis zu 3 Tagen andauernde Hämaturie; tödlich war indessen keine.

An den nach Wochen exstirpierten Nieren fiel vor allem eine leichte Vergrößerung auf und zugleich das Fehlen der bei der Parenchymnaht typischen Buckelung. Die Vergrößerung erklärt K. mit der Blutansammlung zwischen den Schnittflächen, die durch die Kapselnaht allein zu wenig gegeneinander komprimiert werden. Die Untersuchung der Nieren bot ein in zweifelhafter Hinsicht interessantes Bild: die Narbe bildete einen Keil, der, an der Kapsel am breitesten, in der Rindenzone schmäler werdend, in der Markregion ganz zart und schließlich bei den Kelchen kaum bemerkbar war. Ferner war in die Augen springend, daß die Narbenbildung an beiden Schnitthälften ungleich entwickelt war, und zwar in dem Sinne, daß jedesmal die vordere Nierenhälfte eine bedeutend stärkere Bindegewebsentwicklung zeigte. Auf den mikroskopischen Schnitten gab das ein ganz eigentümliches Bild, auf dem vordere und hintere Nierenhälfte sofort unterschieden werden konnten.

Schließlich verdient der Versuch, die Niere ohne Naht mittels einer eigens dazu gebauten Klammer (Instrumentenmacher Schwabe in Moskau) zu schließen, wegen der Neuheit Interesse. Die Klammer ist nierenförmig gebaut, wird doppelseitig unter leichter Kompression angelegt und bleibt bis 24 Stunden liegen. Nach Abnahme der Klammer trat nie eine Blutung auf, die leichten Druckmarken auf der Niere verschwanden in allen Fällen in kürzester Zeit.

Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung zeigte nun, daß die Nieren sich von denen der vorigen Gruppe nur in einem

Punkte unterschieden: die Narbe war nicht keilförmig, sondern gleichmäßig, zart, das Parenchym war nur wenig verändert, und die vordere Seite der Niere zeigte nicht die erhöhte Vernarbung wie bei der vorigen Untersuchungsreihe.

Die Schlüsse, die K. aus seinen sehr sorgfältigen Untersuchungen zieht, lauten: Nach der Nephrotomie soll die Vernähung der Kapsel als das Normalverfahren gelten. Wünschenswert sei die Nachprüfung seines Nierenkompressionsapparates, der nach seiner Erfahrung an 17 operierten Hunden ausgezeichnete Resultate gibt.

12 gute Abbildungen, darunter die Klammern, sind der Arbeit beigefügt.

Oettingen (Berlin).

---

20) **Riedel.** Über die verschobene, an falschem Orte durch Verwachsungen festgelegte rechte Niere.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 41 u. 42.)

Möglich ist, daß bei plötzlicher gewaltsamer Drehung um die quere Nierenachse und verharrend in dieser Stellung stürmische Erscheinungen auftreten. Bewiesen ist es jedoch bis jetzt nicht. Drehungen der Niere um eine horizontale Achse verursachen für gewöhnlich durchaus keine stürmischen Erscheinungen. In vielen Fällen von sog. Einklemmungserscheinungen handelt es sich nicht um eine Wanderniere, sondern um eine durch Ansammlung von Flüssigkeit im Nierenbecken vergrößerte Niere. In einer anderen Reihe von Fällen sind die sog. Einklemmungserscheinungen bedingt durch verschobene, an falschem Orte durch Verwachsungen fest gewordene Nieren. Diese Anfälle verlaufen ohne Fieber, ohne Veränderungen des Urins. Das Leiden tritt nur bei rechtsseitiger Wanderniere auf. Bei Eröffnung der Bauchhöhle liegt die Niere hinter dem Duodenum seitlich am Wirbelkörper fest. Das Mesokolon der Flexura hepat. coli ist mit der unteren Leberfläche verwachsen; zuweilen die Flexur selbst. Auch kann die Pars pylorica ventriculi mit der Leber verkleben. Die hinter diesen Verwachsungen gelegene, fest fixierte, aber normale Niere imponiert als Gallenblasengeschwulst und kann gelegentlich exzessive Schmerzanfälle und Erbrechen verursachen. Bis zu diesem höchsten Stadium von Verwachsungen gibt es zahlreiche Übergänge, die R. wiederholt gesehen hat, da er von 130 Fällen von Wanderniere 50 gleichzeitig von vorn operiert hat. Für das Zustandekommen der Wanderniere hält R. nicht den Druck durch die Rockbänder, sondern den indirekten Druck durch die Leber für das Maßgebende, indem der untere Leberrand um die Querachse nach hinten gedreht wird, so daß er unter Umständen das frühere Lager der Niere vollständig einnehmen kann. Wird die Niere gleich mehr medianwärts verschoben, so gerät sie unter das Mesokolon der Flexura hepatica, drückt dies gegen die Unterfläche des rechten Leberlappens, so daß beide miteinander verwachsen. Der Hilus rückt hinter den rechten Rand des Duodenum, den es nach vorn treibt und abplattet. Auch hier kommt

es zu Verwachsungen zugleich mit der Gallenblase. Dilatatio ventriculi wird erst hochgradig, wenn die Pars pylorica jenseits des Pylorus mit der Leber verwächst. Alle diese Verwachsungen können auch durch andere Umstände entstanden sein (Mesenterialperitonitis). Die Beschwerden der Kranken werden bei Zunahme der Verwachsungen im allgemeinen größer. Die Diagnose ist oft recht schwer, besonders wenn keine fühlbare Geschwulst vorhanden ist, oder gleichzeitig Ikterus auftritt. Eine Anzahl der mitgeteilten Fälle ist unter anderer Diagnose operiert worden. Wenn die Erscheinungen von seiten des Magens allzu stürmisch sind, wird Lösung der Verwachsungen von vorn her nötig sein. In den meisten Fällen genügt die Freilegung der Niere von hinten und Befestigung an normaler Stelle. Zwei Pat. hat R. an heftigem Erbrechen bei nicht gelösten Verwachsungen verloren. Leider verbietet es der Rahmen eines Referates, noch weiter auf die äußerst interessante und lesenswerte Arbeit einzugehen. Auch die zahlreichen Krankengeschichten, die das Gesagte so reich illustrieren, können keine besondere Erwähnung finden. Der Aufsatz schafft Klarheit in einem Krankheitsbilde, in dem sich Hypothesen auf Hypothesen aufbauten und wird uns um eine segensreiche Operation bereichern.

Borchard (Posen).

---

21) **Tichoff.** Über Harnleitereinpflanzung in den Mastdarm.

(Chirurgia Bd. XXII. Nr. 127. [Russisch.])

Eine der Indikationen ist gegeben, wenn bei Inkontinenz — besonders bei großen Blasen-Scheidenfisteln — alle anderen Maßnahmen versagt haben.

T. operiert nach folgender Methode: er eröffnet den Bauch in der Mittellinie und verschafft sich möglichst freien Zugang zu jener Stelle, wo der deutlich durch das Bauchfell schimmernde Harnleiter aus dem großen Becken in das kleine übergeht. Das Bauchfell wird 2 cm weit geschlitzt. Vorsichtiges Vorziehen des Harnleiters und, bevor die Durchschneidung erfolgt, Annähung desselben mit 2 bis 4 Nähten an den Mastdarm an der Stelle, wo die Einpflanzung geschehen soll. Nun erfolgt die Durchschneidung des Harnleiters und, Versorgung des peripheren Stumpfes. Eine 1 cm lange Öffnung, die in die Seitenwand des Mastdarmes gesetzt wird, nimmt nun das zentrale Ende des Harnleiters auf, und die Wunde im Mastdarm wird geschlossen, indem wie bei der Witzel'schen Gastrostomie, Etagennähte gesetzt werden. Schließlich wird das Bauchfell vor der Implantationsstelle derart geschlossen, daß diese retroperitoneal bleibt.

T. hat 14 Fälle operiert, von denen 5 tödlich endeten; in 3 Fällen beschuldigt T. seine Technik, da 2mal die Fixationsnähte sich gelöst hatten, im 3. Falle von den Nähten her eine Peritonitis sich entwickelte. 2mal war Pyelonephritis die Todesursache, doch bestand in einem Falle schon vorher eine Nierenerkrankung, und Pat. wurde nur auf seine dringende Bitte hin operiert.

An den Präparaten konnte T. nachweisen, daß die Verwachsung

des Harnleiters mit der Mastdarmwand eine sehr feste ist, ohne daß die Durchgängigkeit des Harnleiters in irgendeiner Weise gelitten hätte.

Der Zustand der neun anderen Pat. ist andauernd ein guter.

Oettingen (Berlin).

---

22) K. Stern (Düsseldorf). Die Behandlung der Epididymitis und der Bubonen mit Hyperämie.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

S. hat mit der Stauung mittels Schlauch bei der gonorrhoischen Epididymitis sehr günstige Resultate gehabt; der mit Watte umwickelte Gummischlauch wird oberhalb des entzündeten Hodens mäßig fest angelegt, wonach die spontane Schmerzhaftigkeit sofort aufhören muß. Der richtig liegende Schlauch wird erst nach ca. 20 Stunden abgenommen, nach kurzer Zeit aber erneut angelegt, so daß also eine Art Dauerstauung zur Anwendung kommt. Nach Beseitigung der Schmerzen wird nur noch kurze Zeit gestaut und dazwischen die Heißluftdusche oder ein heißer Umschlag appliziert, um die Bildung von Infiltraten zu verhindern oder solche zur Aufsaugung zu bringen. Eine Hodenatrophie als Folge dieser Behandlung hat S. nie beobachtet; er hofft, daß durch diese auch die Folgen der Epididymitis in bezug auf die Potentia generandi günstige sein werden.

Bei Bubonen hat sich die Behandlung mit künstlicher Hyperämie (durch Saugglӓser) gleichfalls bewährt. **Kramer** (Glogau).

---

23) C. Philip (Hamburg). Die Anwendung von reinem Ichthyol bei Epididymitis gonorrhoica.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Das reine Ichthyol wird nach Ablauf der akuten Entzündungserscheinungen auf die erkrankte Skrotalhälfte bis über die Leistenpforte dick aufgepinselt und darüber ein zusammenhängendes Stück Watte gelegt, die, mit dem Ichthyol verklebend, einen festen Kompresivverband bildet. Der durch ein Suspensorium noch geschützte Verband bleibt 4—5 Tage liegen und wird nach Abwaschen erneuert. P. rühmt die rasche Rückbildung des Infiltrats und der Schmerzen unter dieser Behandlung. **Kramer** (Glogau).

---

24) Lortat-Jacob et Laubry. Athérome expérimental et ovariotomie.

(Tribune méd. 1907. August 24.)

Die Verff. stellten durch Tierversuche fest, daß Kastration deutlich die Entstehung einer experimentell durch Adrenalineinspritzungen erzeugten Arteriosklerose begünstigt, sowohl bei männlichen wie bei weiblichen Tieren. Bei den ovariotomierten Kaninchen trat an Stelle des Atheroms manchmal eine enorme heftige Infiltration ein, vermutlich infolge von Ernährungsstörungen des Gewebes durch Adrenalinwirkung. **Mohr** (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der deutschen chirurg. Klinik in Prag. Vorstand Prof. Dr. A. Wölfler.

Ein neuer Darmknopf.

Von

Prof. Dr. Viktor Lieblein,

I. Assistent der Klinik.

Als ich vor 2 Jahren nach einem Material Umschau hielt, das zur Herstellung resorbierbarer Darmknöpfe geeignet wäre, wurde durch den Pädiater unserer Universität, Herrn Prof. Dr. Epstein, meine Aufmerksamkeit auf die Formolverbindung des Kaseins, Galalith genannt, gelenkt. Durch Vermittlung ihres Chemikers, Herrn Dr. Ritter v. Hasslinger, stellte mir die Radlitzer Dampfmolkerei das für meine Versuche nötige Rohmaterial in liebenswürdigster Weise zur Verfügung. Als ich dieses Material in Stangen geliefert bekam, sprach ich Herrn Dr. v. Hasslinger gegenüber bereits damals die Ansicht aus, daß der Galalith auch für andere Zwecke der Chirurgie, vor allem der plastischen Chirurgie dienstbar gemacht werden könnte. Ich habe jedoch diese Möglichkeiten vorläufig nicht weiter verfolgt, sondern mich lediglich mit der Herstellung von Darmprothesen aus diesem Material beschäftigt. Nach vielen vergeblichen Versuchen gelang es dem hiesigen Mechaniker, Herrn Josef Kettner, nach meinen Angaben einen brauchbaren Darmknopf aus Galalith herzustellen, welcher im wesentlichen dem Murphy'schen Darmknopf nachgebildet ist. Nach ausgedehnten Tierversuchen habe ich seit März 1907 diesen Darmknopf auch bei Magen-Darmoperationen beim Menschen vielfach angewendet, und hat mir derselbe besonders bei der Gastroenterostomie vorzügliche Dienste geleistet.

Da ich beabsichtige, heuer am Chirurgenkongreß sowohl den Knopf zu demonstrieren, als auch über meine Erfahrungen mit demselben zu berichten, so will ich an dieser Stelle diesen Ausführungen nicht weiter vorgreifen.

7. Januar 1908.

---

25) **Helmholz.** Experimental epithelial proliferations of skin and mucous membranes.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

H. hat die Versuche Fischer's, durch Farbstoffinjektionen Karzinome zu erzeugen, fortgesetzt. Während es aber Fischer nur an der Oberhaut gelang, Geschwülste hervorzurufen, die das Aussehen von Karzinomen hatten, hat H. solche Bildungen auch an Schleimhäuten erzeugt.

In der Blase von zwei Kaninchen entstanden nach Injektion von Öl mit Sudan III bzw. mit Dimethylamidoazobenzol große Papillome mit gleichzeitiger starker Wucherung des Bindegewebes.

Injektionen an Speiseröhre und Magen von Kaninchen waren nicht von Erfolg, es kam nur zu Bindegewebswucherung.

Die Mundschleimhaut reagierte genau so wie die Oberhaut im positiven Sinne.

Die Versuche am Mastdarme wurden in der Weise vorgenommen, daß entweder direkt unter die Schleimhaut injiziert oder aber im Bereiche der äußeren Haut eingestochen, die Nadel bis unter die Schleimhaut vorgeschoben und hier die Injektionsmasse deponiert wurde. Es wurde jedesmal eine ganze Reihe von Einspritzungen zu gleicher Zeit ausgeführt.

Bei zwei Kaninchen zeigte sich kein Effekt, anders beim dritten, dem Scharlach R 8mal injiziert worden war.

Hier ergab die Sektion das Vorhandensein von drei grauweißen Knötchen unter der Schleimhaut. Zwei dieser Knötchen zeigten bei mikroskopischer Betrachtung das Bild eines bis in die Submucosa hineingewachsenen Adenoms, das dritte aber hatte mehr bösartigen Habitus. Das Wachstum hatte ganz irregulär stattgefunden, in der Tiefe der Geschwulst ging das Zylinderepithel in Plattenepithel von 5 bis 10 Zellenlagen Dicke und dies dann wieder in Zylinderepithel über. Die Muscularis mucosae war durchbrochen und von den gewucherten epithelialen Massen auseinander gedrängt. Nach der Tiefe zu bestanden solide Ausläufer ins Gewebe hinein.

Ob Verf. Sudan III oder Scharlach R nahm, war im Erfolg ganz gleich. Er hält es wohl für möglich, bei genügender Geduld auch an Ösophagus und Magen zu positiven Ergebnissen zu gelangen.

Fünf große, sehr gute Mikrophotogramme. **W. v. Brunn** (Rostock).

26) K. Buday. Statistik der in dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität in Kolozsvár in den Jahren 1870—1905 zur Obduktion gelangten Krebsfälle, nebst kurzer Übersicht der innerhalb desselben Zeitraumes vorgekommenen bösartigen Geschwülste.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 1.)

Die Statistik bezieht sich auf 366 Krebsfälle unter 5530 zur Obduktion gekommenen Leichen. Es werden nach jeder Richtung vergleichende Tabellen aufgestellt und mit den bekannteren Krebsstatistiken: Frief, Rieck, Richelmann, Danielsen, Borst, Lubarsch usw. verglichen. Es können hier nur einige Daten hervorgehoben werden, wie die größere Häufigkeit des Krebses der Mundhöhle, des Rachens und der Lungen und die größere Seltenheit des Leber- und Darmkrebses in Klausenburg als in München (Rieck), während Magenkrebse an beiden Orten gleich häufig sind. Ebenso, wie Weitzdorff für Deutschland, findet Verf. in neuerer Zeit eine Abnahme des Karzinoms der weiblichen Geschlechtsorgane. Das Durchschnittsalter, in dem der Krebs auftrat, war für jedes Organ etwas geringer als in ausländischen Statistiken.

In 66% waren die Lymphdrüsen erkrankt; und zwar verbreitete sich mit besonderer Vorliebe der Plattenepithelkrebs auf dem Wege der Lymphbahnen. Innere Metastasen zeigten 38%; und zwar waren Lebermetastasen am häufigsten (77 von 141 Fällen), dann kamen die Lungen (65), dann die Knochen (25), und zwar zeigten sich hier Metastasen bei jedem einzelnen der 6 Prostatakarzinome; Pleura (22); Eierstöcke (12). Bei dem metastatischen Krebs des Gehirns fällt es auf, daß er nach Lungenkrebsen relativ häufig vorkam. Der sekundäre (Implantations-) Krebs des Bauchfells fand sich 72mal.

In bezug auf die Ätiologie handelte es sich 3mal um degenerierte Dermoidcysten, 1mal um krebsig gewordene gutartige Blasengeschwülste, 3mal um branchiogene Krebse; 9mal fanden sich bei Gallenblasenkrebs Steine, 3 Magenkarzinome zeigten eine Geschwürsgenese, 2 Leberkrebse eine cirrhotische, 1 Lungenkrebs war auf eine alte Lungennarbe, 1 Nasenhöhlen- und Kehlkopf- und 2 krurale Krebse auf syphilitische Geschwüre, endlich je 1 Lungen- und Blinddarmkrebs auf Tuberkulose zurückzuführen.

Auf 100 Krebsfälle kamen 18 Sarkome. Die Sarkomfälle mehrten sich in letzter Zeit. In den Lungen verursacht das Lymphosarkom kaum Metastasen, wohl aber Hoden-, Knochen-, Melano- und Spindelzellensarkome. Die Leber nahm an den Metastasen der Lympho-, Melano- und Hodensarkome, nicht an denen der Knochensarkome teil. In den Knochen wieder fanden sich die Metastasen der Hodensarkome nicht, die der Lympho- und Melanosarkome dagegen häufig.

In den kurzen Schlußbemerkungen kommt Verf. doch zu dem Verdachte — aber zu mehr auch nicht —, daß die Krebse in neuerer Zeit eine Zunahme zeigen.

Goebel (Breslau).

27) **A. Meller.** Zur Statistik der Hautkarzinome des Kopfes und Halses.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 64.)

Eine Statistik von 327 Fällen aus der Hochenegg'schen Klinik in Wien. Es ergibt sich, daß jede Stelle des Kopfes von Karzinom befallen werden kann, besonders häufig Lippen, Nase, Augengegend und Wange. Das Verhältnis der Geschlechter ist bei Abrechnung der fast ausschließlich bei Männern vorkommenden Unterlippenkarzinome gleich. Das häufigste Vorkommen ist im 56. bis 70. Jahre. Eine besondere Disposition zu dieser Erkrankung räumt Verf. Verletzungen ein, welche sich Pat. wegen ihrer Geringfügigkeit nicht behandeln lassen. So hebt Verf. besonders Krebsbildung aus einer gutartigen Geschwulst (Warze, Naevus pigmentosus) nach Verletzung derselben oder aus einer früher vollkommen normalen Hautstellung nach Verletzung (z. B. Käferbiß, Verbrühung, Quetschwunde, die nie heilte usw.) hervor. Wenn er dabei sagt: »Ein Teil dieser Fälle ist dauernd geheilt, ein Beweis, daß nicht die körperliche Veranlagung des Betreffenden (Neigung des Gewebes zur krebsigen Entartung) die Ursache gewesen sein konnte; vielmehr ist der Schluß berechtigt, daß mit der Verletzung zugleich ein wirksames Agens eingeimpft wurde, das die Ursache dieser krebsigen Entartung war«, — so ist diese Berechtigung doch wohl nicht ohne weiteres zuzugeben.

Die Erkrankung verläuft am kürzesten beim Unterlippenkarzinom. Mitbeteiligung der Lymphdrüsen findet man in 18—43%, bei den Unterlippenkarzinomen in fast 90%. Am häufigsten sind die Submaxillardrüsen befallen. Entfernung von über hühnereigroßen Drüsengeschwülsten ist stets erfolglos. Die Entwicklung entfernter Metastasen zur Zeit des operativen Eingriffes ist äußerst selten.

Der Erfolg der Operation ist in erster Linie von der ersten vorgenommenen Operation abhängig. Rezidive geben ein schlechtes Resultat. Pat., die wir nicht radikal zu operieren vermögen, kürzen wir durch die Operation das Leben, da die Nichtoperierten eine durchschnittliche Lebensdauer von 10, 35, die unvollkommen Operierten (wieder rezidiv gewordenen Fälle) eine solche von 7,5 Jahren aufwiesen. Rezidiv tritt in 24% aller Fälle auf, bei Rezidivoperationen aber in 50%. Das Rezidiv entsteht fast stets lokal, nur ausnahmsweise in den Drüsen allein. Die Mortalität betrug bei den zum ersten Male Operierten 1,9%; bei den Rezidivoperationen 7—8%. Radikalheilung wurde in 50,7%, bei Rezidivoperationen aber nur in 21% erreicht. **Goebel** (Breslau).

28) **Helmholz.** An experimental multiple chondroma.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Bei Gelegenheit einer Reihe von Injektionsversuchen mit Farbstofföl an den Ohren von Kaninchen beobachtete Verf. des öftern das Auftreten von zahlreichen kleinen isolierten Knorpelinseln innerhalb des Bindegewebes. Es schließt die Möglichkeit, daß durch die Injektionsnadel der Knorpel verletzt und Teilchen von ihm oder vom Perichondrium verschleppt worden wären, aus und nimmt an, daß das im Reizungszustande befindliche Perichondrium sehr stark wuchere, und zwar in Form großer Mengen fibrillären Gewebes, und daß dies Gewebe hier und da wieder Knorpelinseln entstehen lasse. Zwei Mikrophotogramme.

W. v. Brunn (Rostock).

29) **Leszynski.** Report of a case of intracranial tumor resulting from traumatism.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 16.)

Ein junger Mann von 23 Jahren erhielt einen Faustschlag in die rechte Schläfe. Zunächst spürte er hiervon keine nennenswerten Folgen. Nach 6 Monaten aber begannen heftige Schmerzen in der rechten Kopf- und Gesichtsseite, Kopfweh und Erbrechen, Pat. wurde allmählich somnolent, schwachsichtig und endlich ganz blind. 2 Jahre nach der Verletzung starb er.

Bei der Obduktion fand sich an der Innenseite des Schädels am Orte der Verletzung ein Splitter der Tabula interna, der in die Hirnsubstanz hineinragte und unmittelbar ihm aufsitzend ein Endotheliom von 8 : 10 cm Durchmesser.

W. v. Brunn (Rostock).

30) **Fairbank.** Sarcomata of the jaws.

(Brit. med. journ. 1907. November 23.)

Statistische Arbeit über 140 Fälle von Kiefersarkomen, deren Struktur ausnahmslos mikroskopisch festgestellt wurde. Die Ergebnisse bestätigen schon Bekanntes: vorwiegendes Befallenwerden des weiblichen Geschlechtes, Bevorzugung jugendlichen Alters, bis zu 20 Jahren, Beschuldigung chronischer Reize als Ursache, starkes Überwiegen der fast ganz gutartigen Riesenzellensarkome (57mal unter 140 Fällen), Seltenheit der Drüseninfektion, schlechte Aussichten auf Dauerheilung, wenn man von den Riesenzellensarkomen absieht. Selbst von diesen letzteren rezidivierten noch 12! Von den übrigen überlebten 9 das 2., 3 das 3. Jahr nach der Operation. **Weber** (Dresden).

31) **S. C. Beck.** Beiträge zur Kenntnis der Atrophodermien.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLIV. Hft. 11.)

Zu den atrophischen Prozessen der Haut, welche in ihrer Ätiologie und Pathogenese noch kaum bekannt, aber auch in ihrem klinischen Bilde noch sehr strittig sind, erscheint jetzt eine ziemlich reichliche Literatur. In B.'s Falle bestanden rötliche Flecke im Gesicht, an den Ohren, am Halse, die allmählich bläulichweiß wurden. Es handelte sich also um eine Atrophia maculosa cutis, und zwar um eine mit anfänglichen entzündlichen Erscheinungen und frühem und definitivem Verlust der elastischen Fasern. **Jadassohn** (Bern).

32) **A. Pasini.** Über einen Fall von angio-kavernösem Myom der Haut.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLIV. Hft. 12.)

Die Hautmyome in ihren verschiedenen Formen sind noch immer wenig genau studiert. In dem von P. beobachteten Falle waren bei einem kleinen Kinde kurz nach der Geburt bis erbsengroße Knötchen aufgetreten, die in der Tiefe der Cutis lagen, kaum über die Umgebung hervorragten und etwas ekchymotisch aussahen. Am Ende des ersten Lebensjahres bildete sich um ein Knötchen eine Indurationszone, und das ganze Bein wurde elastisch ödematös. Histologisch ergab sich ein Myom mit Bluträumen und dilatierten Gefäßen im Zentrum. P. schlägt als Einteilung vor: 1) reines muskuläres Myom (infolge von Hyperplasie der glatten Muskelfasern der Cutis oder aus aberrierenden Keimen entstanden); 2) vaskuläres Myom (Angiomyom, durch Proliferation der Muscularis der Gefäße, und Myoma angio-cavernosum). **Jadassohn** (Bern).

33) **F. Krzysztalowicz.** Ein Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. LXV. Hft. 1.)

Als Adenomata sebacea bezeichnet man jetzt meist kleine, auf kongenitaler Grundlage beruhende, speziell im Gesicht symmetrisch lokalisierte Knötchen, welche aus großen, aber in ihrem Typus normalen Talgdrüsen bestehen. Der Verf. fand vor allem Naevuszellhaufen und rechnet mit einer großen Zahl von Autoren die Krankheit zu den Naevis (mit verschiedener histologischer Struktur).

Jadassohn (Bern).

34) **K. Vignolo-Lutati.** Über einen Fall von Xeroderma pigmentosum.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 1 u. 2.)

Auf Grund eines recht typischen Falles des Xeroderma pigmentosum bespricht Verf. verschiedene Punkte der Ätiologie; er hebt besonders die Bedeutung der Blutsverwandtschaft der Eltern von Xerodermkindern hervor, die unzweifelhaft auf das Zustandekommen der schrecklichen Krankheit einen Einfluß hat.

Jadassohn (Bern).

35) **F. Lewandowsky.** Über einen Fall von ulzeröser Hautaffektion beim Erwachsenen, verursacht durch den Bacillus pyocyaneus. (Aus der dermatol. Univ.-Klinik in Bern. Prof. Dr. Jadassohn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 46.)

Außer Exanthemen bei Pyocyaneussepsis werden auch auf exogener Pyocyaneusinfektion beruhende Erkrankungen der Haut bei marastischen Individuen beobachtet. In L.'s Falle handelte es sich um eine 61jährige Frau, die neben vielfachen tuberkulösen Haut- und Knochenherden eine große Menge von linsen- bis fünfmarkstückgroßen Geschwüren aufwies. Dieselben waren flach, kreisrund, hatten scharfgeschnittene Ränder, einen schmalen roten Hof und schmierigen, grünen Belag, der nur den Bacillus pyocyanus in Reinkultur enthielt. Impfungen mit diesem erzeugten gleichartige Geschwüre, die dem Ekthyma gangraenosum entsprachen. Das Serum der Pat. agglutinierte den aus ihren Geschwüren gezüchteten Bacillus pyocyaneus bis 1 : 600. **Kramer** (Glogau).

36). **A. Johnston.** A case of pneumococcal infection.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 12.)

J. infizierte sich bei der Rippenresektion eines Kindes wegen metapneumonischen Empyems am Finger und machte eine Zellgewebsentzündung an Finger und Hand durch, die mit Schüttelfrost und Erbrechen einsetzte, mehrere Tage eine hohe Continua aufwies und am 5. Tage sich unter Schweißausbruch kritisch löste mit unmittelbarem Aufhören aller schweren Krankheitserscheinungen. Verschiedene Einschnitte förderten keinen Eiter zutage und vermochten das Weiterschreiten des Vorganges auf Hand, Lymphgefäße und -drüsen nicht zu hindern. Im Serum der Wunde fanden sich Pneumokokken in Reinkultur. Der Verlauf ähnelte in überraschender Weise dem typischen Ablauf einer kruppösen Pneumonie und gibt vielleicht Hinweise auf eine abweichende Behandlung solcher Allgemeininfektionen unter Aufgabe der chirurgischen Maßnahmen. **Weber** (Dresden).

37) **D. L. L. McArthur** and **D. J. C. Hollister.** Bacterial vaccine therapy in surgery.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. Oktober.)

Ein ausgedehnter vorläufiger Bericht über den Wert und die Ergebnisse der Anwendung verschiedener Vaccinen bei den entsprechenden Infektionskrankheiten. Die einzeln verwendeten Schutzkörper wurden nach dem Prinzip und auf Grund der Wright'schen Opsonintheorien hergestellt und gebraucht, nachdem die im einzelnen Falle spezifischen Erreger durch eingehende Laboratoriumsversuche festgestellt waren. Zur klinischen Behandlung kam vor allem Tuberkulose der Knochen, Gelenke und Drüsen, sowie der Urogenitalorgane, Staphylokokkusinfektion in Form von Akne und Furunkulose, endlich noch Coliinfektionen der Urogenitalorgane. Bei kritischer Würdigung all der Schwierigkeiten, die sich bei der Beobachtung der genannten Erkrankungen für den Wert eines Heilmittels ergeben, kommen Verff. zu dem Schluß, daß die Vaccinetherapie nach Wright bei allen diesen Erkrankungen von entschiedenem Wert sei, indem sie besonders bei Tuberkulose nicht allein ein allgemeines Tonikum, sondern geradezu ein spezifisches Heilmittel für die erkrankten Gewebe darstelle.

Vorläufige Versuche (25 Fälle) mit der sehr schwer herstellbaren Gonorrhöevaccine berechtigen die Verff. zu den besten Erwartungen. Bemerkenswert erscheint auch der Umstand, daß nach Bier'scher Hyperämie der opsonische Index der erkrankten Körperteile mehr oder minder beträchtlich stieg.

Eine Reihe bakteriologischer und experimenteller Angaben über die Wright-schen Opsonine, sowie zahlreiche Tafeln und Tabellen vervollständigen die sehr beachtenswerte Arbeit, die wegen der vielen Einzelheiten leider nicht so ausführlich referiert werden kann, wie es das Interesse des Praktikers erheischen würde.

Strauss (Nürnberg).

38) Gubb. Subcutaneous injections of air as a means of relieving certain painful manifestations.

(Brit. med. journ. 1907. November 9.)

Die Arbeit ist eine dringende Empfehlung, bei aller Art von Neuralgie die von Cordier zuerst versuchten subkutanen Einblasungen von Luft anzuwenden. Ob man statt Luft Sauerstoff, Stickstoff, Kohlensäure, Wasserstoff verwendet, ist für den Erfolg einerlei. Die Anwendung ist in tausenden von Fällen nie schädlich gewesen und besteht in Eintreibung von Luft mittels Doppelgebläses durch Wattefilter und Platin-Iridiumnadel unter die Haut. Die Einblasung geschieht langsam, zart und unter geringem Druck; sie soll völlig schmerzlos sein. Nach der Einblasung muß die Luft durch Massage verteilt und an den schmerzhaften Punkten wieder angesammelt werden. Je nach der Dicke der Weichteile schwankt die Menge der einzublasenden Luft zwischen 10 und 500 ccm und mehr. Bei der Ischias muß an verschiedenen Stellen eingeblasen werden: Lendengegend, Außenfläche des Oberschenkels, Fibulaköpfchen, Fußrücken. Zuweilen muß die Einblasung einige Male, bis 3mal, wiederholt werden. In seinen 11 Ischiasfällen hatte G. nur einen Mißerfolg. Abgesehen von der Neuralgie des Trigeminus hat er das Verfahren bei allen Arten von Neuralgien mit Erfolg angewandt und rät zur Nachprüfung.

Weber (Dresden).

39) A. Kocher. The surgical treatment of exophthalmic goiter.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 15. Oktober.)

An der Kocher'schen Klinik in Bern sind bisher 3460 Kropfoperationen ausgeführt worden, davon 315 an 254 Pat. mit Morbus Basedow. Der Morbus Basedow ist nach Theodor Kocher's Ansicht die Folge einer Hyperaktivität der Schilddrüse.

Die Exzisionen am N. sympathicus sind dort nur 3mal ausgeführt worden, und zwar mit so schlechtem Erfolge, daß sie niemals mehr vorgenommen werden.

Unter den letzten 91 Operationen an 63 Basedowkranken ist kein Todesfall mehr vorgekommen; im ganzen ist die Mortalität gering, betrug nur 3,5%.

Bevor man operiert, muß man sich genau über den Zustand des Herzens unterrichten und die meistens vorhandene Dilatation soweit wie möglich beseitigen. Ferner muß man den Grad der Intoxikation beachten. Als Maß dafür gilt die Schlaflosigkeit, der Grad der allgemeinen Nervosität, der Abspannung, die Diarrhöe, das Erbrechen und die Tachykardie; besonders ist die Pulsation des Kropfes zu beachten; je stärker dies Symptom hervortritt, um so schwerer ist die Intoxikation. Je nach dem Grade derselben ist die Schwere des Eingriffes zu bemessen. Endlich scheint dem Blutpräparat eine wesentliche Bedeutung zuzukommen. Je bedrohlicher der Zustand ist, um so größer pflegt die Zahl der Lymphocyten, um so geringer die der polynukleären Leukocyten zu sein.

Bei den operativen Maßnahmen ist die Anwendung der Lokalanästhesie prinzipiell vorzuziehen. Man sei vorsichtig mit seinem Vorgehen, operiere lieber mehrmals, als daß man dem Kranken auf einmal zuviel zumute. Man mache vielleicht nur die Ligatur einer oder höchstens zweier Schilddrüsenarterien und nehme nie mehr als die Hälfte der Drüse weg.

Dann wird man nicht, wie mancher Operateur es erlebt hat, Verschlechterung, sondern oft ganz auffallende Besserung aller Symptome erleben.

Sollte der Exophthalmus noch störend sein, so kann man vielleicht mit dem faradischen Strom einer Kontraktion der dilatierten Orbitalgefäße Vorschub leisten.

Man kann operativ den Morbus Basedow ganz und dauernd heilen.

W. v. Brunn (Rostock).

40) A. E. Halstead. Cancer of the thyreoid gland, with report of three cases.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. November.)

Ausführlicher Bericht über 3 Fälle von Schilddrüsenkrebs, von denen 2 durch operative Entfernung der Schilddrüse geheilt wurden. In 2 Fällen handelt es sich

um männliche Pat., 67 bzw. 42 Jahre alt, der 3. Fall betraf eine 39jährige Frau. Bei dem 67jährigen Manne handelte es sich um eine inoperable Geschwulst, die durch Arrosion der Art. carotis communis zum Tode führte.

Mit einer kurzen Übersicht über die klinischen Erscheinungen der in Frage stehenden Erkrankung schließt die Arbeit. **Strauss** (Nürnberg).

41) **P. Milton.** A case of chylothorax.

(Brit. med. journ. 1907. November 2.)

Einem 25jährigen Mädchen mit Katarrh der rechten Lungenspitze und Tuberkelbazillen im Auswurfe werden aus der linken Pleurahöhle in einer Sitzung von 6 Stunden $8^1/_2$ Liter Chylusflüssigkeit entnommen mit gutem Dauererfolg. Die riesige Ausdehnung der linken Thoraxhälfte hatte durch Kompression auch der rechten Lunge den Spitzenkatarrh zur Heilung gebracht. Der Fall ist einzig, soweit die Menge der abgelassenen Chylusflüssigkeit in Frage kommt.

Weber (Dresden).

42) **Freyer.** A further series of cases of total enucleation of the enlarged prostate, and a review of 432 operations.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

Seinen 325 Fällen von Prostatektomie fügt F. hier 107 weitere hinzu. Seine Erfahrungen beruhen jetzt auf der Gesamtzahl von 432 Fällen. Von diesen endeten tödlich 29 (7%); von den 107 letzten 7 ($6^1/_2$%). Meist handelt es sich um Urämie oder Herztod, wobei sich stets ausgedehnte Erkrankungen der Nieren oder anderer lebenswichtiger Organe fanden. Alle Überlebenden wurden geheilt, d. h. sie hatten volle Kontinenz und konnten ohne Katheterhilfe so gut wie in ihrem früheren Leben urinieren. Die Heilung ist vollkommen und dauernd!

Weber (Dresden).

43) **Beckett.** Phleboliths and the Röntgen rays.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 19.)

B. lenkt die Aufmerksamkeit noch einmal dringend auf die Mißdeutung von Phlebolithen als Steinschatten des Harnleiters im Röntgenbild und erwähnt zwei ähnliche Fälle aus seiner Tätigkeit, in deren einem eine verkalkte tuberkulöse Drüse, in deren anderem verkalkte tuberkulöse Infiltrate als schattengebende Ursache durch die Operation aufgedeckt wurden. **Weber** (Dresden).

44) **S. Bishop.** Mobile kidney, with a desription of a new operation for its treatment.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

Wahrscheinlich sind die nervösen Beschwerden bei der Wanderniere in vielen Fällen eine Folge des beständigen Zuges, den die Verlagerung auf Nerven des Sympathicussystems ausübt. B. empfiehlt daher Verbesserung der Operationsmethoden und schlägt selbst eine solche vor, die er zehnmal mit Erfolg anwandte. Er legt mit Querschnitt unter dem rechten Rippenbogen die Niere transperitoneal frei, streift die Kapsel teilweise vom unteren Pol ab, schiebt die Niere in ihre richtige Lage, so daß die Gefäße quer und der Harnleiter dicht an der Wirbelsäule verläuft, und legt ein System von Seidennähten zur Stütze des unteren Nierenpols in der Weise an, daß er mit graden Nadeln unmittelbar unter dem Nierenbecken einsticht und Bauchfell, die abgelöste Kapsel, die Lendenmuskeln genau von vorn nach hinten durchsticht. Das andere Ende des Fadens wird in derselben Weise mit einer zweiten graden Nadel 1—$1^1/_2$ cm tiefer nach hinten ausgestochen. Beide Enden des Fadens werden hinten fest angezogen, geknüpft und unter die Haut versenkt, nachdem 3—4 solcher Fäden gelegt sind. Die Fäden werden so gelegt und angezogen, daß das Auge genau die verbesserte Lage der Niere nachprüfen kann. Seine Ergebnisse waren: 10 Operationen ohne Todesfall, 2 Rückfälle (die beiden ersten Fälle), 1 Fadeneiterung, die zur Entfernung der Fäden zwang, 7 Heilungen von Dauer: anatomisch und symptomatisch.

Weber (Dresden).

45) **Billington.** Movable kidney from a surgical standpoint.
(Brit. med. journ. 1907. November 30.)

B. berichtet über seine Erfahrungen an 70 Fällen von Nephropexie. Die typische Wanderniere hat eine verdickte Kapsel, das perirenale Fett ist spärlich und teilweise ersetzt durch Verwachsungen von zuweilen großer Festigkeit, die aber der Niere einen weiten Spielraum lassen; der Stiel ist verlängert, das Becken gewöhnlich nicht erweitert; zuweilen bestehen zwischen Kolon und Nieren feste Verwachsungen, die sich auch intraperitoneal fortsetzen können.

Keine Methode der Nierenanheftung an der Rückenmuskulatur kann genügende Erfolge geben. Die von B. 70mal ausgeführte Operation lehnt sich an die von Goelet angegebene an und hat stets Dauererfolge gegeben. Sie besteht im wesentlichen in Abpräparierung eines dreieckigen Lappens aus der oberen Kapselhälfte, Umschlingung der unteren Nierenhälfte durch zwei Silkwormkapselnähte, Befestigung der Niere mit Hilfe dieser Nähte und des Kapsellappens an der XII. Rippe durch Knüpfung der Fäden außen auf der Haut über Gazerollen. Eine Verletzung der Pleura ist B. nie vorgekommen. Die Niere hat sich in jedem Fall am Festlegungsorte dauernd gehalten. Die allgemeinen Störungen des Nervensystems und die örtlich bedingten Beschwerden verschwanden ganz. Das Nähere der etwas verwickelten Nahtmethode muß an der Hand der Abbildungen im Original eingesehen werden. **Weber** (Dresden).

46) **Johnstone.** Recurrence of retroperitoneal lipoma; operation; recovery.
(Brit. med. journ. 1907. Oktober 12.)

Eine 40jährige Frau, der J. 2 Jahre vorher ein 21 Pfund schweres, retroperitoneales Lipom aus der rechten Nierengegend entfernt hatte, bekam ein Rezidiv. Bei der zweiten Operation wurden $12^1/_2$ Pfund meist gestielter, wiederum von der rechten Nierengegend ausgehender, gänseei- bis fußballgroßer Lipome ausgeschält nebst dem ganzen perirenalen Fett. Glatte Heilung. Von bösartiger Geschwulst konnte nichts nachgewiesen werden. Von 26 Operationen wegen retroperitonealer Fettmassen, die Adami zusammenstellen konnte, genasen nur 12, und von diesen rezidivierte nur einer, so daß J.'s Fall zu den großen Seltenheiten zählt.
Weber (Dresden).

47) **H. Bennecke.** Ein Todesfall infolge reflektorischer Anurie nach Harnröhrensondierung bei einem Manne mit hochgradiger Schrumpfniere. (Aus der med. Klinik in Jena. Prof. Stintzing.)
(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

Ein Mann mit chronischer Schrumpfniere bekam eine Cystitis, neben der ein als chronische Urämie zu bezeichnender, sehr bedrohlicher Zustand bestand, erholte sich aber wieder; wegen der Möglichkeit einer Striktur Sondierung der Harnröhre, die nur durch vorhandenen Sphinkterkrampf etwas erschwert war. Kurze Zeit darauf Schüttelfrost, heftige Schmerzen, Pulsbeschleunigung, Cyanose, Temperatursteigerung, vollständige Anurie; innerhalb 3 Stunden tödlicher Ausgang. Die Sektion ergab keine Verletzung der Harnröhre und Unversehrtheit der Harnleiter.
Kramer (Glogau).

48) **Munro and Goddard.** Pyelonephrosis of a supernumerary kinedy.
(Amer. journ. of the medical sciences 1907. September.)

Verff. berichten über einen Fall, der wegen seiner Seltenheit interessant ist. Ein 22jähriger Student der Medizin beobachtete seit seiner Kindheit in der linken unteren Bauchgegend eine hühnereigroße Geschwulst. Viele Jahre hindurch litt er zeitweise an Leibschmerzen, Erbrechen, Fieber und Verstopfung, besonders nach Diätfehlern. Vor 4 Monaten erkrankte er unter ähnlichen Erscheinungen mit Schmerzen in der Blasengegend. Es wurde eine große Geschwulst konstatiert,

die vom Becken aufzusteigen schien und bis zum Nabel reichte. Sie ähnelte einer gefüllten Blase; nach Katheterisation sank sie nach dem Kreuzbein zu. Bei der Operation fand sich eine ca. kindskopfgroße Cyste, die eröffnet, tamponiert und deren Ränder an die Haut angenäht wurden. Der Inhalt der Cyste bestand in geruchloser, eitriger Flüssigkeit. Pat. wurde mit einer sezernierenden Fistel entlassen. Da die Fistel sich nicht schloß, entschlossen sich M. und G., in deren Klinik Pat. sich mittlerweile begeben hatte, zur Operation. Die Cyste sezernierte mäßig viel vaselinähnlicher Flüssigkeit. Inzision seitlich der alten Narbe. Ausspülung einer retroperitoneal gelegenen Cyste, deren Wand 2—3 mm dick war. Ein ca. 4 cm langer, 5 mm dicker Strang führte nach dem Blasengrund und mündete neben dem linken Harnleiter. Linke Niere in normaler Lage. Auf Grund mikroskopisch gefundenen, gut erhaltenen Nierengewebes in der Cystenwand und des operativen Befundes stellten die Verff. die Diagnose auf Pyelonephrose einer überzähligen Niere. — Heilung. **Levy** (Wiesbaden).

49) **Rihmer.** Durch pyeloureterale Klappe erzeugte intermittierende Hydronephrose.

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 46.)

Der seltene — in der Literatur der 19. — Fall bezieht sich auf einen 33jährigen Mann, der seit 3 Jahren an linksseitigen Nierenkoliken mit Meteorismus in der linken Bauchhälfte und manchmal mit Anurie verbunden litt. In letzter Zeit traten die Koliken wöchentlich auf. Wanderniere, Stein, Striktur konnten ausgeschlossen werden, da die Röntgenographie und Harnleiterkatheterisation negative Resultate ergab. Bei der Operation fand sich am Ausgange des Nierenbeckens eine Klappe, die durch Ureteropyelotomie freigelegt und durchtrennt wurde. Die beiden Blätter der Klappe wurden zusammengenäht, die Wunde am Nierenbecken vernäht, das Becken durch Nephrotomie drainiert. Glatte Heilung, keine Koliken, 14 Pfund Gewichtszunahme. Die Chromocystoskopie zeigte, daß auf der operierten Seite der Harn in regelmäßigen Intervallen entleert wird.

P. Steiner (Klausenburg).

50) **Morawitz** und **Adrian.** Zur Kenntnis der sog. Eiweißsteine der Niere und über die Ausscheidung membranöser Massen aus dem uropoetischen System.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 5.)

Eine 44jährige Dame litt seit 3 Jahren an kolikartigen Schmerzanfällen der rechten Nierengegend und sonderte trüben, mit reichlichen Fetzen versehenen Urin ab. Diese Fetzen waren bis $1^1/_2$ cm lang, 2—3 mm dick, von weicher, elastischer Konsistenz und bestanden aus einer teils fädigen, teils körnigen Masse, in der sich ganz vereinzelte Leukocyten und sehr zahlreiche Bakterien fanden, meist Colibazillen und Staphylokokken, keine Tuberkelbazillen. Die Niere wurde exstirpiert; sie enthielt einen Rindenabszeß und im Nierenbecken 30—40 Konkremente von Saubohnengröße, weicher Konsistenz und konzentrischer Schichtung; sie bestehen aus Eiweiß und haben einen weißlichen Kern von Kalziumphosphat, keine Harnsäure, nur sehr spärliche Bakterien in den äußeren Schichten.

Die Eiweißsteine entstehen in der Hauptsache aus Epithelien des entzündeten Nierenbeckens. Sind diese Steine schon eine große Seltenheit, so ist die Entleerung membranöser Fetzen mit dem Urin bisher überhaupt noch nicht beobachtet worden; die bisher beschriebenen Fibrinurien, Mucinurien, die Ureteritis membranacea oder pseudomembranacea weichen auch klinisch erheblich davon ab. Die Membranen stammen im vorliegenden Falle von der Oberfläche der Steine; die in ihnen aufgefundenen Mikroorganismen sind zufällige Nebenbefunde und haben keine Bedeutung für die Entstehung der Steine; es handelt sich wohl nur um sekundäre Durchwachsung der Membranen mit Bakterien in der Blase.

Haeckel (Stettin).

51) **W. Bartlett. A simple method of removing stones from the lower ureter.**

(Surgery, gynecology and obstetrics Bd. V. Hft. 3.)

Verf. weist auf die ungeahnt große Häufigkeit der Harnleitersteine hin, deren Diagnose erst durch die Röntgenstrahlen ermöglicht wird. Zur Entfernung von Steinen aus dem unteren Ende des Harnleiters empfiehlt er dessen extraperitoneale Freilegung, die nach einem parallel dem äußeren Rectusrand geführten Schnitt stets leicht gelingen soll. In der Tiefe soll sich dann — lediglich durch das Gefühl geleitet — der Stein fassen und durch eine kleine Öffnung in der Harnleiterwand ausquetschen lassen. Stärkere Blutung tritt bei der kleinen Operation nicht ein, die Naht der Harnleiterwand ist unnötig. Ein Drainrohr wird gegen die Harnleiterwunde hin geleitet, die übrige Wunde vernäht.

In vier bisher auf diese Weise operierten Fällen erfolgte komplikationslose Heilung. **Strauss** (Nürnberg).

Ich habe den Auftrag erhalten, auf dem II. internationalen Chirurgenkongreß zu Brüssel das Referat über die Gallensteinchirurgie zu erstatten. Um zu einem möglichst sicheren Urteile über die Erfolge der Gallensteinoperationen zu gelangen, bitte ich alle Chirurgen, die über ein größeres Material verfügen, mir recht bald ihre Resultate mitzuteilen. Die Fälle, bei denen keine Steine gefunden wurden (Adhäsionen, Karzinom), sollen nicht berücksichtigt werden. Die Herren Einsender werden ersucht, sich folgenden Schemas zu bedienen:

I. Von .... reinen Steinfällen † ....
Darunter .... Männer mit .... †
» .... Frauen » .... †

II. Von .... gutartigen und reparablen Fällen † ....
Darunter .... Männer mit .... †
» .... Frauen » .... †

III. Von .... bösartigen und irreparablen Fällen † ....
Darunter .... Männer mit .... †
» .... Frauen » .... †

(Vgl. p. 495—98 und p. 607 meines neuesten Buches: Drei Jahre Gallensteinchirurgie. J. F. Lehmann, München, 1908.)

Unter die Rubrik II wären die komplizierenden Operationen wegen Appendicitis, Pankreatitis, Leberechinokokkus, Ulcus pylori usw., unter die Rubrik III solche wegen Karzinom, Cholangitis septica, Leberabszesse usw. unterzubringen.

Zugleich wäre es mir sehr lieb, wenn die Herren Einsender ihre Stellung zu den Operationsmethoden (ob Cystendyse, Cystostomie oder Ektomie; ob Choledochotomie mit Naht oder Hepaticusdrainage), ihre Ansichten über die Frühoperation im Sinne Riedel's mitteilten und über etwaige echte Rezidive berichteten.

Ich bitte um recht baldige Erfüllung meiner Bitte, da ich bis März 1908 das Referat abgeliefert haben muß.

Im voraus sage ich den Herrn Einsendern meinen besten Dank und zeichne mit kollegialer Hochachtung

ganz ergebener

***Hans Kehr,** Halberstadt.*

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 5. Sonnabend, den 1. Februar 1908.

Inhalt.

Aus der Kgl. chirurgischen Universitätsklinik in Breslau.
Direktor: Prof. Dr. Küttner.

Über den Einfluß der Wärme- und Kältebehandlung bei Infektionen des Peritoneums.

Von

Privatdozent Dr. Wilhelm Danielsen.

In Nr. 1 dieses Jahrganges des Zentralblattes für Chirurgie empfiehlt Gelinsky die Heißlufthyperämie bei Bauchinfektionen wegen ihrer peristaltikerregenden, resorbierenden und vielleicht auch infektions-

verhütenden Wirkung. Weit entfernt, die günstige Einwirkung der Hyperämie in einzelnen Fällen abzuleugnen, möchte ich mich im folgenden doch gegen die unterschiedslose Anwendung dieser Behandlungsart wenden, da ich von ihrer Verallgemeinerung Gefahren befürchte.

Wir wissen, daß durch lokale Hitzeeinwirkung (heiße Umschläge, Thermophore, heiße Luft) sowohl in den obersten Schichten als auch in recht beträchtlicher Tiefe der Peritonealhöhle eine starke Hyperämie mit Erweiterung der Gefäße und eine wesentliche Vermehrung der Lymphzirkulation hervorgerufen wird. Infolge dieser Steigerung im Blut- und Lymphgefäßkreislauf findet — wie Klapp[1] und ich[2] nachgewiesen haben — eine Vermehrung der Resorption in diesen Systemen statt, eine gesteigerte Aufsaugung der kristalloiden und der kolloiden Substanzen, also auch der Bakterien[2]. Umgekehrt wird dementsprechend bei Kälteeinwirkung auf das Abdomen sowohl die Resorption wäßriger Lösungen als auch von Bakterien aus der Bauchhöhle verlangsamt.

Zwar ist es nicht möglich, allein aus diesen durch das Tierexperiment gewonnenen Resultaten weitgehende Schlüsse auf den Menschen zu ziehen. Immerhin aber lernen wir daraus, daß wir imstande sind, mit den genannten Heilmitteln die Resorption zu beeinflussen, d. h. sie zu verlangsamen, wo sie uns schädlich erscheint, sie zu beschleunigen, wo wir von einer vermehrten Resorption ohne Nachteil für den Pat. uns Vorteile versprechen. Der Schluß liegt nahe, daß es wohl günstig wirken wird, wenn eine durch geringes, wenig virulentes Infektionsmaterial erkrankte Bauchhöhle zur Steigerung der Resorption mit aktiver Hyperämie behandelt wird. Indessen, wer will beim Eintreten einer Peritonitis Stärke und Menge des Infektionsmateriales beurteilen! Solange uns keine Hilfsmittel zu Gebote stehen, um in einfacher Weise Grad und Menge des Infektes zu bestimmen, müssen uns immer noch die Krankheitserscheinungen Fingerzeige geben, bis vielleicht die wissenschaftliche Forschung uns exaktere Anhaltspunkte gibt. Für den erfahrenen Arzt sind außer dem Allgemeinzustand stets Zunge und Puls zuverlässige Gradmesser für die Schwere der Infektion. Bei gutem Allgemeinzustand und kräftigem, nicht sehr frequentem Puls und feuchter Zunge ist Stärke und Menge des Infektionsmateriales nicht sehr groß. In diesen Fällen wird eine Beschleunigung der Resorption durch aktive Hyperämie nur förderlich wirken. Ein frequenter (120 und mehr), leicht unterdrückbarer Puls und trockene, borkige Zunge bei schlechtem Allgemeinzustand sprechen für eine Infektion mit stark virulenten Bakterien. Das sind Fälle, bei denen wir mit allen Mitteln die Resorption möglichst verlangsamen müssen, damit möglichst wenig virulentes Infektionsmaterial

[1] Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XLVII. Mitteilungen a. d. Grenzgebieten Bd. X.

[2] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LIV.

in den Lymph- und Blutkreislauf gelangt. Hier wird also die Hyperämie schädlich wirken, der Eisbeutel aber für den Krankheitsverlauf von ausschlaggebendem günstigem Erfolge sein.

Diese Überlegungen führten mich dazu, ihre Richtigkeit an Krankenbette zu erproben. Schon seit längerer Zeit habe ich an großem Krankenmaterial die chirurgischen Maßnahmen nach diesen Grundsätzen unterstützt und nie eine schädliche Einwirkung gesehen, dagegen stets den Eindruck einer günstigen Beeinflussung gehabt. Wenig virulente Infektionen verliefen unter der Hyperämiebehandlung auffallend günstig, während die Verlangsamung der Resorption durch Eisbeutel bei schweren Infektionen über die Zweckmäßigkeit dieser Behandlungsart keinen Zweifel aufkommen ließ. Von lebhaftem Interesse war für mich die Bestätigung meines Vorgehens durch die neuesten Resultate der eingehenden experimentellen Untersuchungen Jean Schäffer's[3] (p. 71 und p. 110). Diese Übereinstimmung meiner Untersuchungen im Laboratorium und am Krankenbette mit Schäffer's Ergebnissen veranlaßt mich, die obigen Regeln für die Anwendung von Wärme- und Kälteapplikationen bei peritonealen Infektionen kurz mitzuteilen und vor einer Verallgemeinerung der Heißluftbehandlung im Sinne Gelinsky's zu warnen.

Breslau, im Januar 1908.

---

1) **Witthauer.** Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhaus und in der Familie. III. Auflage. Mit 76 Abbildungen. 194 Seiten.

Halle a. S., **Marhold**, 1907.

Die allgemeinverständliche kurze Darstellung enthält alles, was die Berufspflegerin und jede Hausfrau wissen sollte; auf die Grenzen ihrer Tätigkeit wird immer hingewiesen. Alle wichtigeren Neuerungen sind berücksichtigt. **Lessing** (Hamburg).

---

2) **M. Trappe.** Über geschwulstartige Fehlbildungen von Niere, Milz, Haut und Darm.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. I. Hft. 1.)

Als »Hämartome«, geschwulstartige Fehlbildungen, hat F. Albrecht solche geschwulstartige Bildungen bezeichnet, die makroskopisch als Geschwulst imponieren, mikroskopisch aber von ihrer Umgebung sich wesentlich nur durch eine veränderte Zusammensetzung, ein anderes Mengenverhältnis der im normalen Organ vorkommenden Gewebsbestandteile unterscheiden. Dabei bewahren sie im ganzen noch den Organtypus und können demgemäß auch die Funktion des normalen Organs in mehr oder weniger vollkommener Weise erfüllen. Diese

---

[3] Der Einfluß unserer therapeutischen Maßnahmen auf die Entzündung. Stuttgart 1907.

geschwulstartigen Bildungen, von denen Verf. verschiedene Beispiele mitteilt, sind namentlich wichtig für das Verständnis des Wesens und der Entstehung der Geschwülste. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

3) **Mériel.** Neurorrhexis et chromolyse dans la névralgie trifaciale.

(Province méd. 1907. Nr. 39.)

Verf. empfiehlt, bei Trigeminusneuralgie ein brüskes Herausreißen der Nervenfasern vorzunehmen, weil nur die Intensität eines solchen Traumas die Chromolyse der Ganglienzellen und damit die Verhinderung eines Rezidivs gewährleistet.

Das häufige Auftreten der Rezidive, selbst solcher nach Exstirpation des Ganglion Gasseri, erklärt Verf. damit, daß in diesen Fällen in der Technik ein Fehler und die Exstirpation nur partiell gemacht wurde.

Das brüske Herausreißen der Nervenfaser soll nach Verf.s Ansicht den Tod der Ganglienzellen herbeiführen. Er geht hierbei von den histologischen Untersuchungen von Gehuchten aus.

A. Hoffmann (Karlsruhe).

---

4) **Sebileau.** L'opération de Lamorier-Desault autrefois et aujourd'hui.

(Annales de maladies de l'oreille etc. T. XXXI, Nr. 12.)

S. beschreibt in der vorliegenden, sehr ausführlichen und anregenden Arbeit die Wandlungen, die die von Lamorier 1743 angegebene Operationsmethode zur Beseitigung von Kieferhöhleneiterungen (Trepanation von der Fossa canina aus) im Laufe der Jahre durchgemacht hat. S. selbst ist noch Anhänger dieser Methode, die er nur dadurch modifiziert, daß er die Schleimhaut des Antrum sorgfältig ausschabt. Die Anlegung einer breiten Kommunikation zwischen Antrum und Nase, wie sie Luc und Caldwell vorschreiben, hält er für überflüssig, ebenso das lange Offenhalten der Wunde durch Tamponade oder durch Obturatoren.

Die Arbeit enthält, neben dieser Besprechung der Operationsmethoden, eine Menge interessanter Betrachtungen; die Lektüre des Originals ist sehr zu empfehlen. **Hinsberg** (Breslau).

---

5) **Fronstein.** Zur Differentialdiagnose der normalen und pathologischen Rachenmandel.

(Chirurgia 1907. Nr. 130. [Russisch.])

Verf. hat sich der Aufgabe unterzogen, durch statistische Untersuchungen an 224 Kindern festzustellen, wann eine Rachenmandel normal, wann pathologisch anzusehen ist, und kommt zu folgenden Resultaten: Die Rachenmandel, mit der fast jedes Kind geboren wird, ist an und für sich ein normales Gebilde, daß mit der Zeit atrophiert.

Wo sie zu spät oder gar nicht sich zurückbildet, oder gar hypertrophiert, ist sie pathologisch. Da nun die Differentialdiagnose und besonders die Indikation zur Entfernung der Mandel noch keineswegs feststeht, hat F. nach Unterscheidungsmerkmalen gesucht und folgende gefunden: Im Gegensatze zu den Laryngologen, die meist nur die Größe der Mandel in Betracht ziehen (ob die Mandel über $^1/_3$ der Choanen bedeckt), will er die Konsistenz heranziehen, da seiner Anschauung nach die harten, glatten Mandeln nur »hypertrophische« sind, die sich noch zurückbilden, während die weichen, buchtigen, und ganz besonders die auf einem zarten Stiel aufsitzenden Mandeln als »adenoide Vegetationen« zu bezeichnen und als Ursache der Mittelohreiterungen, Katarrhe usw. ungeachtet ihrer Größe entfernt werden müssen. Aber auch die harten glatten Mandeln sollen entfernt werden, wenn sie über $^1/_3$ der Choanen bedecken. Hier will Verf. dann die Mandel als mechanisch schädigendes Moment entfernt wissen, während die andere Form die infektiösen Prozesse begünstigt. Die harten kleinen Mandeln bleiben als normal stehen.

Auf diese Weise fand F. 29% Kinder mit pathologischer, zu entfernender Rachenmandel, eine Zahl, die im allgemeinen mit der anderer Untersucher übereinstimmt. **Oettingen** (Berlin).

---

6) **Fedoroff.** Die Pharyngotomia suprahyoidea bei Geschwülsten der Zungenbasis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

F. hat einen Fall von papillöser Geschwulst des Zungengrundes mittels der Pharyngotomia suprahyoidea erfolgreich operiert. Er schildert eingehend die Technik des Verfahrens, wie er es an der Leiche und am Lebenden ausgebildet hat. Die Vorzüge, die diese Methode vor der Pharyngotomia subhyoidea haben soll, sind große Zugänglichkeit zum Nasenrachenraum, zur hinteren Rachenwand, zum weichen Gaumen, Zungengrund und zur Epiglottis, ferner die Vermeidung von schwerwiegenden Schädigungen, z. B. der Nerven, die Umgehung der Tracheotomie, die geringe Blutung und die Heilung ohne Ernährung mit Magensonde. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

7) **S. C. Plummer.** Technique of removal of tubercular glands of the neck.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. November.)

Zur radikalen Entfernung tuberkulöser Halsdrüsen wird ein systematisches Vorgehen empfohlen. Ein ausgedehnter Schnitt über die ganze Länge des Kopfnickers und zwei weitere Schnitte, die, von dem ersten ausgehend, parallel zum Schlüsselbein bis zum Akromiom bzw. von der Höhe der Carotidenteilung bis zur Kiefermitte ziehen, sollen alle Drüsen zugänglich machen. Der Freilegung der großen Gefäße folgt dann die möglichst stumpfe Ausschälung der Drüsen von unten nach oben. **Strauss** (Nürnberg).

---

8) **Escat.** Legitimité de la distinction clinique du lupus et de la tuberculose vulgaire des voies respiratoires supérieures.
(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 10. p. 313.)

E. hält, entgegen der von Massei u. a. geäußerten Ansicht, daran fest, daß der Lupus der oberen Luftwege von der Tuberkulose im engeren Sinne streng zu trennen ist. Sie unterscheiden sich durch Schnelligkeit der Ausbreitung, Prognose und viele andere Punkte, die E. ausführlich in Form einer Tabelle zusammenstellt, so wesentlich voneinder, daß die Unterscheidung praktisch wichtig ist. In der Nase kommt nach E.'s Erfahrung nur die lupöse Erkrankungsform vor.

Hinsberg (Breslau).

---

9) **Pool.** Tetany parathyreopriva.
(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Tetanie kommt infolge der verschiedensten Krankheiten vor, z. B. bei Magendilatation, Frühgeburt, auch im Wochenbett; sicher wird sie nach neueren Forschungen hervorgerufen, wenn gelegentlich einer Kropfoperation sämtliche Nebenschilddrüsen entfernt sind. Gewöhnlich trifft man beim Menschen im ganzen 4 Glandulae parathyreoidea an, auf jeder Seite eine obere und eine untere; die erstere liegt dicht an der Schilddrüse im mittleren Drittel des hinteren Randes hinten und nach außen von der A. thyr. infer.; die untere, nicht mit der Schilddrüse verwachsene am oder unterhalb des unteren Pols derselben, meistens nach vorn von der unteren Schilddrüsenarterie. Jede Nebenschilddrüse hat eine fibröse Kapsel; ihre Größe schwankt zwischen 3—15 mm, der Körper ist etwas abgeflacht und oval, die Farbe braunrot oder rötlich gelb; der Blutzufluß kommt hauptsächlich von der unteren Schilddrüsenarterie. Histologisch besteht das Gewebe aus Zellhaufen, die durch ein bindegewebiges Gerüst getrennt sind, ein retikuläres Gewebe, das sehr gefäßreich ist und zu fettiger und kolloider Degeneration neigt.

Nach P. entwickeln sich die Glandulae parathyreoideae aus dem 3. und 4. Kiemenbogen als selbstständige Zellhaufen, die erst später in Berührung mit der Schilddrüse treten. Der Zweck dieser Drüsen scheint zu sein, zu verhüten, daß gewisse Toxine im Körper Tetanie hervorrufen.

Die klinischen Symptome dieser Tetanie bestehen in spastischen tonischen Muskelkontrakturen an den Extremitäten und im Facialis, die an den ersteren besonders die Flexoren betreffen, so daß es zu der sogenannten Accoucheurhand und zur Spitzfußstellung kommt. Die Anfälle treten in Zwischenräumen auf und dauern Minuten oder Stunden. Die galvanische Erregbarkeit der motorischen Nerven ist erhöht, besonders am N. ulnaris, das Trousseau'sche Phänomen in $^2/_3$ der Fälle auszulösen. Mit Hysterie ist Verwechslung nur im Anfang möglich.

Was die Therapie anbetrifft, so sind die Erfolge nach Anwendung von Nebenschilddrüsen und Schilddrüsenextrakten, sowie mit Beebe's

Nucleo-proteid-Substanz noch zweifelhaft, ebenso die subkutane oder andere Einpflanzungen von den Nebenschilddrüsen. Verf. hat durch Versuche an Tieren festgestellt, daß nach Einpflanzung der Glandula parathyreoidea von einem Tier in das Organ des Tieres einer anderen Gattung Absorption der Drüse eintritt. Dasselbe negative Resultat ergaben Überpflanzungen von Mensch zu Mensch. Die Hauptsache scheint bezüglich der Behandlung die Prophylaxe zu sein. Es ist bei Kropfoperationen zu vermeiden, daß sämtliche Nebenschilddrüsen entfernt werden. Dazu ist eine genaue Orientierung über die Lage dieser Drüsen notwendig, wie letztere in dem Vorhergesagten geschildert ist. Falsch ist z. B., nur den Isthmus bei Schilddrüsenoperationen zurückzulassen, da auf diese Art sämtliche Nebenschilddrüsen entfernt werden. Ebenso soll nach Möglichkeit auf der Seite, auf der man ein Stück der Schilddrüse mit den Nebenschilddrüsen zurückläßt, die A. thyr. inf. nicht unterbunden werden.

Unter Beigabe guter Abbildungen wird ein Fall näher geschildert, in dem nach Exstirpation erst des rechten, dann des linken Schilddrüsenlappens Tetanie mit den charakteristischen Symptomen ausbrach. Hier wurde durch Beebe's Nucleo-proteid und Einpflanzung von fünf soeben den Leichen entnommenen Nebenschilddrüsen unter die Haut Heilung erzielt. Verf. glaubt aber, daß diese nur deswegen eintrat, weil wenigstens eine Glaudula parathyreoidea bei der vorhergegangenen Kropfoperation zurückgelassen wurde. **Herhold** (Brandenburg).

---

10) **W. A. Freund.** Beiträge zur Behandlung der tuberkulösen Lungenspitzenphthise und des alveolären Emphysems durch operative Mobilisation des in der oberen Apertur stenosierten und des starrdilatierten Thorax.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. No. 48.)

Um der übertriebenen Ausdehnung seiner Thoraxoperation einen Riegel vorzuschieben, bespricht F. eingehend die Momente, auf welche sich eine exakte Diagnose der primären Brustkorbanomalien stützen muß. Indem er in bezug hierauf aus seinen Arbeiten aus den Jahren 1858/59 das Wichtigste wiederholt, weist er des weiteren auf die durch Röntgenoskopie zu gewinnenden Bilder hin. Als Indikation zur Operation bei der Stenose der oberen Apertur stellt er die sichere Konstatierung dieser Stenose, besonders erblich Belasteter, und als richtigen Zeitpunkt die Beobachtung wirklich auf die Spitze beschränkter tuberkulöser Affektion der Lungen bei Fehlen anderweitiger tuberkulöser Erkrankungen hin. Die chirurgische Mobilisation des starrdilatierten Brustkorbes bei alveolärem Emphysem will er womöglich vor Ausbildung der sekundären Degeneration ganz im Sinne der von Pässler und Seidel gestellten Indikation ausgeführt wissen.

Kramer (Glogau).

---

11) **K. Hast.** Zur Frage der chirurgischen Behandlung der beginnenden tuberkulösen Lungenspitzenphthise.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 44.)

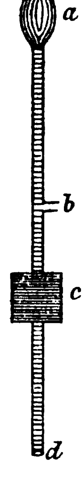
Ausgehend von seinen eigenen Untersuchungen, durch die H. die Angaben W. A. Freund's, daß infolge einer primären Entwicklungshemmung der ersten Rippenknorpel oder Rippen selbst die obere Thoraxapertur verengt und dadurch ein schädlicher Druck auf das umschlossene Lungengewebe ausgeübt wird, bestätigen konnte, bespricht Verf. die mechanisch-funktionellen Mißverhältnisse im Bereiche der oberen Thoraxapertur, zwei Formen derselben unterscheidend. Die erste, sich zur Zeit der Reife geltend machende entspricht der Freund'schen Lehre, während die zweite, als Altersveränderungen aufzufassende Verknöcherungsprozesse in der Knorpelsubstanz der Rippe in sich schließt und durch diese Starrheit eine Durchlüftung der Lungenspitzen beeinträchtigt; sie erklärt nach H. die Lokalisation der Tuberkulose in der Lungenspitze bei älteren Individuen. Die von Freund vorgeschlagene Operation, in Durchschneidung des ersten Rippenknorpels bestehend, dürfte besonders bei dieser zweiten Form von Nutzen sein; event. muß auch die Durchtrennung der anderen Rippenknorpel zur Sicherung und Begünstigung der Exspiration in Betracht gezogen werden. Aber auch für die erste Form erscheint H. die chirurgische Bildung eines Gelenkes am ersten Rippenknorpel empfehlenswert, vorausgesetzt, daß es sich um einen beginnenden tuberkulösen Prozeß in der Lungenspitze eines nicht diabetischen Individuums handelt.

Kramer (Glogau).

---

12) **Green** and **Manry.** Experimental studies upon the thoracic oesophagus. A preliminary report.

(Annals of surgery 1907. Oktober.)



Bevor Verff. an Tieren den Brustkorb behufs Resektion der Speiseröhre eröffnen, führen sie eine 12 Zoll lange Kanüle in den Kehlkopf und die Luftröhre, dessen laryngeales Ende durch einige umgelegte Heftpflasterstreifen fusiform verdickt ist (*a*), damit es, in der Rima glottidis liegend, einen sicheren Verschluß derselben herbeiführt. Bei *b* ist eine Öffnung für exspirierte Luft, über *b* kann die Manschette *c* geschoben werden, wenn die Lunge von *d* aus aufgeblasen werden soll. Bevor man die Pleura öffnet, überzeugt man sich, ob die Lunge genügend gebläht ist; man sieht dieses durch die zarten Pleurablätter hindurch. Die Speiseröhre wird dann unter steter Beobachtung und Regulierung der Lungenblähung reseziert und mit dem Magen wieder verbunden. Bevor die Brusthöhle geschlossen wird, ist die Lunge von *d* aus genügend aufzublasen. Bei diesen Operationen an Tieren war eine Rippenresektion nicht nötig; nach Spaltung des Zwischenrippenraumes ließen sich die Wundränder genügend weit auseinander ziehen. Alle diese an Tieren vorgenommenen Resektionen verliefen ohne Zwischenfall.

Herhold (Brandenburg).

---

13) **L. Bornhaupt.** Über die Bauchschüsse im russisch-japanischen Kriege 1904—1905.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 3.)

Verf. hat 182 penetrierende Bauchverletzungen beobachtet, die am 6.—10. Tage nach der Verletzung in seine Behandlung kamen, nachdem sie, meist mit einem Notverband versehen, in den durchgehenden Zügen vom Kriegsschauplatz aus nach Charbin ins Lazarett transportiert worden waren. In 162 Fällen hat es sich dabei um kleinkalibrige Mantelgeschosse als Ursache der Bauchverletzung gehandelt. 72,8% wurden konservativ und nur 27,2% operativ behandelt. Von den nicht Operierten starben nur 3, d. i. 2,6%. 55% der Bauchschüsse verliefen überhaupt symptomlos, so daß es Mühe kostete, nach 5—6 Tagen die Pat. im Bette zu halten. Vielfach waren die Bauchwunden gar nicht gereinigt worden, sondern nur mit einem Heftpflasterverband versehen. Trotzdem heilten die kleinen Öffnungen sehr gut, und Verf. hält es für überflüssig, an allen Verbandstationen den Verband zu wechseln. Infiltrate, die sich häufig in der Bauchhöhle fanden und hohes Fieber verursachten, heilten gewöhnlich unter Umschlägen. Öfters waren die Bauchverletzten durch mangelhafte Isolierung der Dysenterie- und Typhuskranken auf dem Transport oder in den Spitälern infiziert worden. Fälle mit Blasenfisteln und Kotfistelbildung, Nierenschüsse heilten vielfach unter zuwartender Therapie, ohne schwere Folgeerscheinungen zu hinterlassen. Nur dürfen solche Pat. sich nicht zu früh bewegen und nicht zu bald evakuiert werden; die üblen Folgen eines solchen zu früh erfolgten Transportes werden an mehreren einschlägigen Fällen geschildert.

Von 27 Laparotomierten sind 13 gestorben, darunter 9 solche, die schon vor dem Eingriff eine eitrige Peritonitis hatten, und 4, die an Sepsis zugrunde gingen. 8 von den 13 Gestorbenen wiesen eine Perforation des Magen-Darmkanals auf; 1mal bestand eine Verletzung der Harnblase, 4mal war keine Verletzung innerer Organe zu konstatieren.

B. ist der Ansicht, daß die nach Bauchschüssen entstandenen Hämatome bei Verwundeten, die nach der Verletzung noch gelaufen oder geritten sind, in den vorn gelegenen Lazaretten in den ersten Tagen nach dem Trauma operiert werden müssen. Ebenso verlangen Fälle mit großen Schußöffnungen und Austritt von Darminhalt einen zeitigen Eingriff; desgleichen Pat., bei denen ein verletzter Knochen, wie das Darmbein oder die Wirbelsäule, mit einem Kotabszeß kommuniziert. Solche Fälle dürfen auch nicht einem frühzeitigen Transport unterworfen werden, den Leute mit Hämatomen, auch vereiterten, eher vertragen. Im Rücken der Armee soll nur die Eröffnung der Eiterherde, keine ausgedehnte Laparotomie ausgeführt werden.

5mal hat Verf. eine gleichzeitige Verletzung der Pleura- und der Peritonealhöhle bei der Operation beobachtet. 4 von diesen Pat. sind gestorben. B. hält es für zweckmäßig, beide Hohlräume zu eröffnen

und gesondert zu behandeln, statt von der Brusthöhle aus die Zwerchfellwunde zu erweitern. 6 andere Pat. solcher kombinierter Verletzungen heilten unter Zuwarten aus. Was die Schrapnellkugelverletzungen anlangt, so konnte auch bei diesen konstatiert werden, daß sie nicht immer schwere innere Schädigungen veranlassen müssen. Dagegen tritt bei Schrapnellschüssen häufiger eine Vereiterung des Schußkanales ein als bei kleinkalibrigen Mantelgeschossen, weil die größeren Gewebszerreißungen eine Wundinfektion mehr begünstigen. Deshalb muß namentlich dann, wenn das Schrapnell stecken geblieben ist, bei den ersten bedrohlichen Erscheinungen frühzeitiger eingegriffen werden.

Verf. spricht sein Endurteil dahin aus, daß Bauchschüsse mit intraabdominellen Blutungen und Austritt von Darminhalt primär laparotomiert werden sollten. Diese Möglichkeit ist nur zu erzielen, wenn auf die Ausstattung der Feldlazarette der ersten Etappe große Sorgfalt verwendet wird. Die Anzahl der Lazarette in erster und zweiter Etappe muß eine große, ihre Aufnahmefähigkeit eine ausreichende sein, und die erfahrensten Chirurgen sollen dort stationiert sein. Konservativ zu behandelnde Fälle müssen rasch von dort evakuiert werden. Die Organisation und die Transportmittel müssen an diesen Stellen ganz besonders gut funktionieren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

14) **Moynihan.** An address on the pathology of the living.

(Brit. med. journ. 1907. November 16.)

Die moderne Chirurgie hat eine »Pathologie am Lebenden« aufgebaut, die unser Wissen von den Krankheitserscheinungen außerordentlich gefördert hat. Gestützt auf die großen Erfahrungen, die der bekannte Chirurg an seinem reichen Stoff hat sammeln können, gibt er einen lehrreichen Überblick, wie sehr wir seit dieser »Pathologie am Lebenden« in manchen Punkten umzulernen genötigt waren und noch täglich sind. So ist z. B. das Ulcus duodeni sehr viel häufiger, als wir früher annahmen. Auf Grund seiner 160 Operationen wegen Duodenalgeschwür glaubt M. das Verhältnis vom Magen- zum Duodenalgeschwür auf mindesteas 2 : 1, vielleicht sogar auf 1 : 1 schätzen zu dürfen. Selbst die Autopsie in vivo macht uns die Unterscheidung zwischen Magen- und Duodenalgeschwür durchaus nicht immer zweifellos. Seine Erfahrungen haben ihm gelehrt, das Duodenalgeschwür mit annähernder Sicherheit allein aus der Anamnese zu erkennen, die er eingehend beschreibt. Er hat manche Fälle mit der Diagnose Hyperazidität, Dyspepsie, chronische Gastritis durch die Operation als Duodenalgeschwür aufgedeckt. Auch die nahen Beziehungen zwischen Krebs und Magengeschwür hat die moderne Chirurgie klargelegt, ferner die Pathologie der Gallensteine und der chronischen Pankreatitis von Grund aus verändert. Ähnliches gilt für Dickdarmerkrankungen und für die tuberkulöse Peritonitis.

Weber (Dresden).

---

15) **Cawardine.** A clinical lecture on acute generalining peritonitis and its treatment.

(Brit. med. journ. 1907. November 30.)

C. bespricht ausführlich die großen peritonealen Buchten, in denen sich Exsudate der Schwere und der Örtlichkeit nach sammeln werden: Becken, Lumbalbuchten, subphrenische Räume, und empfiehlt stets bei Perforationsperitonitiden nach Versorgung der Durchbruchsstelle diese Taschen auf das Vorhandensein von Exsudat zu untersuchen durch Hinuntertauchen von gestielten Tupfern. Er weist den Einwurf, man könnte so die noch nicht befallenen Buchten infizieren, zurück und verlangt ausgiebige Drainage aller eitrigen wie serösen Ansammlungen nach bestimmten Regeln, die er im folgenden angibt. Besonderen Wert für die Nachbehandlung legt er auf zwei Neuerungen in der Peritonitistherapie: das erste ist die halbsitzende Stellung des Kranken im Bett, die sog. Fowler'sche Lage, zum Abfluß der Sekrete in das gut drainierte Becken; das zweite die von Murphy 1904 angegebene Methode der fortwährenden Berieselung des Mastdarmes mit so abgemessenen Mengen von Kochsalzlösung, daß eine ständige Aufnahme von Flüssigkeit ins Blut — bis zu 10 Litern in 24 Stunden — stattfindet.

C. meint, es gelänge heute, weit über 50% der Fälle von verallgemeinerter Peritonitis mit den modernen Methoden zu retten.

Weber (Dresden).

---

16) **D. Hilton.** Appendicitis complicating the puerperium.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. Oktober.)

Appendicitis als Komplikation des Wochenbettes wurde bisher relativ selten beobachtet. Verf. konnte aus der Gesamtliteratur insgesamt nur 29 solcher Fälle zusammenstellen. Er führt dies darauf zurück, daß sicherlich zahlreiche Fälle unter dem Symptomenkomplex parametritischer Störungen verlaufen und als solche behandelt werden. Am häufigsten tritt die Erkrankung innerhalb der ersten 4 Tage des Wochenbettes ein (21 Fälle). Als auslösendes Moment für die Erkrankung des Wurmfortsatzes fand sich bei der Operation oder Sektion meist eine Infektion der benachbarten Geschlechtsorgane, in einzelnen Fällen dürfte sich jedoch die Infektion des primär erkrankten Wurmfortsatzes per contiguitatem auf den Genitalschlauch fortgepflanzt haben.

Besondere Symptome der Appendicitis nach der Entbindung fehlen, so daß die subjektiven Beschwerden und der objektive Befund sich durchaus nicht von den Erscheinungen der Appendicitis in anderen Lebensperioden unterscheiden.

Die Prognose der Erkrankung ist eine recht trübe, indem von den Fällen, die innerhalb der ersten 10 Tage nach der Entbindung beobachtet wurden, 45,5% starben. Die einzig aussichtsreiche Behandlung besteht in dem frühzeitigen chirurgischen Eingriff.

Strauss (Nürnberg).

---

17) **Murray.** The saccular theorie of hernia.
(Brit. med. journ. 1907. November 16.)

Unter »Sacktheorie« vesteht M. die Lehre, daß alle Eingeweidebrüche mit Ausnahme der traumatisch entstandenen angeboren sind, insofern der Bruchsack stets vorgebildet ist. Diese Lehre ist die einzige, die alle Erscheinungen an Brüchen ausreichend erklärt. Zur genügenden Verständigung über diese Frage muß vor allem mit der bisher üblichen Einteilung in angeborene und erworbene Brüche aufgeräumt werden: nicht nur jene Bruchsäcke, die den Hoden mitumfassen, sind angeboren, sondern alle anderen, nicht traumatischen ebenfalls. Für die Sacktheorie sprechen z. B. auch die guten Erfolge der einfachen hohen Abbindung des Bruchsackes bei Kindern, ferner die vorzüglichen Ergebnisse der im Grunde genommen auf ein gleiches hinzielenden Kocher'schen Operation. M. hat neuerdings die bei Kindern übliche, möglichst hohe Abbindung mit guten Dauererfolgen auch auf Erwachsene übertragen. — Bei 200 wahllos untersuchten Leichen von Menschen, die im Leben nie Brucherscheinungen dargeboten hatten, fanden sich 68 peritoneale Ausstülpungen an den Bruchpforten: 13 inguinale, 52 femorale, 3 umbilicale. Das Austreten eines Bauchhöhleninhaltes hängt beim Vorhandensein der Ausstülpung nur noch ab von der Größe der Ringöffnung und der Kraft der Muskelsperre. Diese »Sacktheorie« wendet M. auf die einzelnen Brucharten an.

Weber (Dresden).

---

18) **Hausmann.** Über das Tasten normaler Magenteile.
(Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. XIII. Hft. 4.)

Die ausführliche Studie muß im Originale nachgelesen werden. Mit Hilfe der vom Verf. geübten und besonders ausgebildeten Nierenpalpation gelingt es ihm, in 18% seiner Fälle den normalen Pylorus und in 25% der Fälle die große Kurvatur des Magens genau zu bestimmen.

Die Bedeutung dieser Tastungsresultate liegt in erster Linie auf praktisch-diagnostischem Gebiete. Der Wert dieser durch nachfolgende Operation vielfach kontrollierten Situsbestimmungen ist zweifellos ein hoher und die Anregung, auf dem Gebiete weiter zu forschen, eine dankenswerte.

Oettingen (Berlin).

---

19) **Frederick.** Early postoperative intestinal obstruction.
(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 15.)

Die Fälle von frühzeitig im Anschluß an Bauchoperationen auftretendem Darmverschluß unterscheiden sich erheblich von den später sich entwickelnden; je früher die Symptome sich zeigen, um so schwieriger pflegt die Diagnose und um so schwerer der Fall zu sein.

Es handelt sich in der Regel um drei Ursachen: um septische Peritonitis, um mechanischen Verschluß durch Verwachsungen oder abschnürende Bänder, endlich um Ausbildung eines Hindernisses durch Veränderung des Darmes selbst.

Man warte nicht zulange mit operativem Einschreiten, drainiere bei Peritonitis, durchtrenne vorhandene Verwachsungen, die man als Ursache erkennt, und lege, um sicher zu gehen, eine Enterostomie an der geblähtesten Darmpartie an, und zwar von einer besonderen Bauchwunde aus.

W. v. Brunn (Rostock).

---

20) **H. M. Hepperlen.** A simple method of intestinal anastomosis with a single ligature and two needles.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. Oktober.)

Verf. empfiehlt zur Naht der Darmanastomosen fortlaufende Naht mit doppelt armierter Nadel. Die Naht beginnt in der Lichtung; jede Nadel wird von der Schleimhaut zur Serosa geführt. Durch Kreuzung der Nadeln nach jedem Stich ergibt sich ein nach der Lichtung zu gewendeter Knoten, so daß sich der Darmverschluß ganz in analoger Weise wie bei dem Verschluß des Kunstafters nach Mikulicz vollzieht.

Strauss (Nürnberg).

---

21) **N. Trinkler.** Zur Technik der Enukleation des Mastdarmes bei karzinomatösen Erkrankungen desselben.

(Wiener med. Presse 1907. Nr. 48 u. 49.)

Verf. empfiehlt als Voroperation die Kolotomie, 1) um die Grenzen des Operationsfeldes erweitern zu können, ohne um event. Störung der Darmfunktion besorgt zu sein; 2) um durch Ableitung der infizierenden Kotmassen in mehr oder minder aseptischer Umgebung operieren zu können. In hoffnungslosen Fällen, in denen es in erster Linie darauf ankommt, möglichst viel zu entfernen, schlägt Verf. vor, das zurückbleibende Mastdarmende fest zu vernähen durch eine die ganze Dicke der Darmwand fassende Kürschnernaht und durch eine Lembert'sche Naht. Der auf diese Weise entstandene blinde Sack wird samt dem Mesorektum mittels zweier Nähte an das vordere Blatt des Peritoneums festgenäht.

Paul Wagner (Leipzig).

---

22) **H. Heineke.** Über Pankreasrupturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

Verf. veröffentlicht die Krankengeschichten von 5 Fällen von Pankreaszerreißung, von denen 2 mit Verletzung anderer Organe kombiniert waren, während es sich bei den 3 anderen um isolierte Zerreißungen der Drüse handelte. Er stellt aus der Literatur im ganzen 19 Fälle zusammen. Unter 14 Operierten sind 9 geheilt worden. Die Prognose der Verletzung ist demnach eine günstige, namentlich bei zeitiger Operation. Die Gefahren der Verletzung bestehen in der Blutung und noch mehr in dem Austritte des Pankreassaftes und den folgenden Fettnekrosen. Eine sichere Diagnose ist meist unmöglich. Anfänglich können die klinischen Erscheinungen sehr milde sein, wahrscheinlich weil die Blutung anfänglich gering ist. Einen bestimmten Hinweis erhält man nur durch die isolierte Blutansammlung in der Bursa omentalis, die eintritt, wenn das Foramen Winslowii

verklebt und das Lig. hepatogastricum nicht zerrissen ist. Nicht genügend erwiesen ist es noch, ob das normale Pankreassekret Fettnekrosen bewirkt, oder ob es bei den Zerreißungen erst durch Darmsaft oder das gequetschte Pankreasgewebe aktiviert und zu Fettspaltung sowie Eiweißverdauung befähigt wird. Therapeutisch kommt nur der operative Eingriff in Frage mit Tamponade und event. Naht bei glatten scharfkantigen Rissen. Vielleicht kann durch die letztere die Kontinuität durchtrennter Ausführungsgänge gerettet und die Funktion des abgetrennten Schwanzes erhalten werden. Bei nicht operierten kleineren, aber auch bei ausgedehnteren Rissen kann es zu Cystenbildung kommen, wie ein einschlägiger genauer beschriebener Fall beweist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

23) **Kleinschmidt.** Beiträge zur pathologischen Anatomie und Klinik der Kystadenome des Pankreas.

(Medizinisch-naturwissenschaftliches Archiv Bd. I. Hft 1.)

Die Pankreaschirurgie birgt noch viele ungelöste Fragen, so daß jeder genau beobachtete und untersuchte Fall als wertvoll zu begrüßen ist. Verf. bringt uns die Krankengeschichte und mikroskopische Untersuchung eines im Charlottenburger-Westendkrankenhause operierten Pankreaskystadenoms, durch die das Verhältnis dieser echten Geschwülste zu den Retentionscysten eine eingehende Beleuchtung erfährt.

Bei einer 47jährigen Frau, bis 3 Jahre vorher Alkoholikerin, hatte sich unter mächtigen Magen-Darmbeschwerden und Abmagerung im Laufe von 8 Jahren eine Geschwulst im Oberbauch entwickelt, die als Milzgeschwulst erfolglos behandelt worden war. Sie nahm, vom Rippenbogen bis in Nabelhöhe reichend, die ganze linke Bauch- und Lendengegend ein, mannskopfgroß. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle durch Schnitt dem linken Rippenbogen entlang zeigte sich, daß die Geschwulst, vom Dickdarm bedeckt, retroperitoneal gelegen und zwischen die weit auseinander gedrängten Blätter des Mesocolon transversum gewachsen war. Nach Verlängerung des Schnittes bis an den Rand des M. sacrolumbalis wurde sie von hinten her in Angriff genommen und nach äußerst mühsamer Ablösung von Magen, Milz und Querkolon in toto exstirpiert. Vom Pankreas, dessen Schwanzteil fächerförmig ausgebreitet der Geschwulst anlag, konnte sie ohne Substanzverlust abgelöst werden. Leider überstand die Frau den schweren Eingriff nicht.

Der bis in seine Einzelheiten genau beschriebene mikroskopische Untersuchungsbefund der aus einer großen Haupt- und mehreren Nebencysten bestehenden Geschwulst läßt ihren proliferierenden Charakter, wahrscheinlich von den kleinen Ausführungsgängen des Pankreas ausgehend, deutlich erkennen.

An der Hand des eigenen und der 21 in der Literatur niedergelegten einschlägigen Fälle geht Verf. näher auf die pathologische Anatomie und Klink der Pankreaskystadenome ein. Im Gegensatz zu den Retentionscysten ist stets eine Zylinderepithelschicht, meist mit reichlichen schleimproduzierenden Zellen, vorhanden, die allerdings eine große Neigung zum Zerfall zeigt und am ausgeprägtesten in den sehr häufigen Nebencysten zu finden ist. In der Hälfte der Fälle wurden Reste von Pankreasgewebe angetroffen. Der Cysteninhalt ließ

niemals für Pankreas charakteristische Elemente erkennen, Trypsin wurde nie nachgewiesen. Die Entwicklung der oft eine beträchtliche Größe erreichenden Geschwülste dehnt sich, meist unter geringfügigen Beschwerden, über Jahre hinaus aus; niemals war ein Trauma vorausgegangen. Allgemeinstörungen und Ausfallserscheinungen fehlten meist, entsprechend dem normalen Verhalten des nicht beteiligten Pankreasteiles. Meist entwickeln sich die Geschwülste zwischen die Blätter des Mesocolon transversum und nehmen mit ihrer größten Masse die linke Oberbauchgegend ein. Bei der Differentialdiagnose gegen Retentionscysten sind das Fehlen eines Traumas sowie die geringen Beschwerden zu verwerten. Das fortschreitende Wachstum macht die operative Behandlung notwendig; und zwar spricht sich Verf. hierbei im Gegensatze zu den Retentionscysten für die totale Exstirpation aus, da bei dem proliferierenden Charakter dieser Neubildungen die einfache Entleerung nach Einnähung eine Dauerheilung nicht bringen kann, eine Ansicht, die durch die Statistik erhärtet wird. Der Angriffsweg richtet sich nach der Lage der Geschwulst; häufig dürfte der retroperitoneale Weg zu bevorzugen sein, der übrigens auch für die Einnähungsbehandlung einer etwa anzutreffenden Retentionscyste manche Vorzüge aufweisen könnte.

Eine ausführliche Tabelle der zugrunde liegenden Fälle beschließt die Arbeit. **Vorderbrügge** (Danzig).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Über Sterilisation der Metallinstrumente.

Von

Dr. Josef Lévai,
Spezialarzt für Chirurgie in Budapest.

Die Metallinstrumente rosten bei dem üblichen Auskochen in Sodalösung hier und da kaum merklich, manchmal aber ziemlich stark und wandern gar zu oft zum Instrumentenmacher. Im Jahre 1896 publizierte ich in der »Wiener klin. Rundschau« ein Verfahren, welches vollständig geeignet ist, das Rosten der Metallinstrumente bei der Sterilisation zu verhüten. Da ich mich gelegentlich überzeugte, daß mein Verfahren im Auslande nicht genügend bekannt wurde, halte ich für angezeigt, dasselbe hier in Kürze zu publizieren.

Das Eisen (Stahl) rostet nur in Anwesenheit von Kohlensäure, Feuchtigkeit und Sauerstoff. Wenn eine der drei Bedingungen fehlt, bleibt das Eisen vom Rost verschont. So rostet in beständig trockener Luft das Eisen nicht, es rostet nicht, wenn es tagelang im Wasser liegt, wenn wir in dieses Wasser beständig Sauerstoff leiten, vorausgesetzt, daß wir die Kohlensäure mit irgendeinem Alkali gebunden haben.

Der chemische Prozeß des Rostens ist folgender: $Fe_2 + O_2 + 2\,CO_2 = 2\,FeCO_3$ kohlensaures Eisenoxydul; daraus entsteht in Anwesenheit von Wasser (Feuchtigkeit) $2\,FeCO_3 + 3\,H_2O + O = Fe_2(OH)_6 + 2\,CO_2$, Eisenoxydhydrat. Die freigewordene Kohlensäure greift von Neuem das Eisen an, so daß wenig Kohlensäure große Mengen des Eisens zum Rosten bringen kann. Das Eisenoxydhydrat ist braun; dasselbe wird in Anwesenheit überschüssigen Eisens zu Eisenoxyduloxyd Fe_3O_4

reduziert, welches schwarz ist. Zum Verhüten des Rostens ist anderes nicht erforderlich, als daß wir die im Wasser vorhandene Kohlensäure binden. Im alltäglichen Leben wird dieses Verfahren im großen angewendet zur Konservierung von außer Betrieb gesetzten Dampfkesseln, welche mit Lauge angefüllt werden. Zur Bindung der Kohlensäure eignen sich Alkalien.

Nickel ist für jeden Fall widerstandsfähiger gegen Rosten als Stahl, rostet aber dennoch beim Auskochen. Nebenbei ist die Vernickelung der Instrumente bei starkem Gebrauche nur von geringem Bestand und jede neue Vernickelung hält schlechter als die vorhergehende. Die Vernickelung verhütet demnach das Rosten der Instrumente beim Auskochen in keiner Weise.

Aus dem Gesagten geht zur Genüge hervor, warum die Metallinstrumente weniger rosten, wenn dieselben mit schon im Sieden befindlichem Wasser in Berührung kommen, als wenn sie, ins kalte Wasser gebracht, mit dem Wasser zugleich erwärmt werden. Im ersten Falle hat das Kochen den größten Teil der Kohlensäure aus dem Wasser herausgetrieben, und die Instrumente waren auch kürzere Zeit den Bedingungen des Rostens unterworfen. Es ist begreiflich, warum die Instrumente in Anwesenheit der von Schimmelbusch anempfohlenen Soda (Natrium carbonicum, Na_2CO_3) rosten, wenn dieselbe auch chemisch rein ist, wenn sie in schwächerer oder stärkerer Konzentration angewendet wird. Das Na_2CO_3 verhält sich dem Rosten gegenüber ganz indifferent, bindet die Kohlensäure des Wassers nicht.

Seit mehr als 10 Jahren habe ich mich und haben sich viele Chirurgen, welche mein Verfahren in Anwendung brachten, tagtäglich überzeugt, daß das Rosten der Metallinstrumente bei dem üblichen Auskochen im Sterilisator durch einen Zusatz von einer Lauge, am besten Natronlauge (NaOH. Natrium hydrooxydatum alcoholo depuratum fusum in bacillis) sicher verhütet werden kann. Es genügt eine ganz schwache, beiläufig $^1/_4$%ige Lösung, um dem Rosten vorzubeugen. Wichtig ist nur, daß die Natrium hydroxyd-Stücke 1—2 Minuten früher als die Instrumente in das Wasser kommen, daß sie aufgelöst werden und die Kohlensäure des Wassers gebunden werde. Wenn die Natronlauge in das Wasser kommt, scheidet sie den im Wasser befindlichen doppeltkohlensauren Kalk und die anderen doppeltkohlensauren Salze aus und verursacht dadurch eine geringe milchige Trübung des Wassers, welche auf gar keine Weise störend wirkt; wenn aber jemand diese Trübung umgehen will, so braucht man nur die Lösung im vorhinein zuzubereiten und einige Zeit stehen zu lassen. Der Niederschlag setzt sich zu Boden, und die Laugenlösung kann kristallklar abgegossen werden.

In der Laugenlösung bleiben die Instrumente makellos, selbst wenn sie stundenlang darin liegen. Eine stärkere Lösung ist überflüssig, auch nicht empfehlenswert, weil die Instrumente davon glitschig werden.

Die Natriumhydroxydlösung hat noch andere Vorteile an sich. Die Instrumentensterilisatoren, wenn sie aus Alpacca oder Kupfer verfertigt sind, sind kostspielig, Eisenblech wird schnell von Rost zernagt. Wenn wir aber unsere Instrumente in Laugenlösung kochen, so konserviert dieselbe zugleich den Apparat. Der Kessel des Verbandstoffsterilisators wird durch die Lauge vom Rost auch verschont.

Die Messer, wenn dieselben durch Einwicklung mit steriler Gaze oder auf eine andere Weise während des Auskochens vor Anschlagen bewahrt werden, kommen nach dem Auskochen mit ganz unversehrter Schneide aus der $^1/_4$%igen Lauge heraus.

Instrumente aus Aluminium sind für das Auskochen sowohl in Lauge als in Sodalösung unbrauchbar.

II.

Aus dem Institut für Krebsforschung in Moskau.

Über die Behandlung von krebsigen Geschwüren überhaupt und über Epitheliome des Gesichts im speziellen.

Von

Dr. W. Sykoff.

Bereits vor 5—6 Jahren habe ich bei der Behandlung von eitrigen Entzündungen der großen Gelenke, bei Komplikationen nach Operationen am Uterus und den Adnexen mit Erfolg andauerndes und wiederholtes Absaugen der eitrigen Produkte angewandt, und zwar benutzte ich hierzu den Apparat von Potain.

In der letzten Zeit speziell mit der Krebsfrage beschäftigt, fing ich nun vor ca. 1 Jahr an, obiges Verfahren bei inoperablen Krebsen des Uterus anzuwenden; und zwar leitete mich hierbei der Gedanke, durch das Absaugen ein Gegengewicht zu schaffen gegen die absorbierende Fähigkeit des Organismus, welche das Aufnehmen und Weitertragen der Krebszellen durch die Lymphgefäße verursacht[1]. Außerdem wollte ich die Resorption der Zerfallprodukte des Tumors durch den Organismus aufhalten.

Die Resultate, die ich durch obige Behandlungsweise erhielt, waren durchaus befriedigende. Das Allgemeinbefinden besserte sich. Das Fieber ließ nach und der Krankheitsprozeß wurde merklich aufgehalten. Natürlich ist diese Methode nicht anwendbar bei Blutungen.



Fig. 1.

In letzterer Zeit wandte ich diese Methode des energischen Absaugens auch bei den operablen Fällen an, in denen die Kranken die Operation verweigerten, worüber ich detaillierter in nächster Zeit berichten werde. Ich erhielt ganz besonders günstige Resultate bei Epitheliomen des Gesichts, was die beigegebene Photographie demonstriert.

---

[1] Siehe die schönen Präparate von Prof. Ribbert (Beiträge zur Entstehung der Geschwülste 1907. p. 32).

Ich kann die Aufsaugmethode den Kollegen durchaus zu weiteren Versuchen empfehlen, da sie äußerst einfach und durchaus ungefährlich ist und weiter in den Fällen indiziert erscheint, in denen unsere chirurgischen Künste nicht imstande sind, die frühere Form irgendeines Körperteiles, z. B. bei Krebserkrankung der Nasenflügel, die, wie bekannt, oft angetroffen wird, wieder herzustellen. Dann läßt sich auch die Absaugmethode mit der Röntgenbestrahlung kombinieren, wodurch die Behandlung bedeutend verkürzt wird, und wird eine eventuelle Heilung hierdurch bestimmt sicherer gewährleistet.

Zu meinen Versuchen benutzte ich bis jetzt die Körting'sche Luftpumpe.



Fig. 2. Ulcus alae nasi.



Fig. 3. Völlige Vernarbung.

An dem abgebildeten Pat. wurden die Absaugungen 10—15 Minuten lang entweder täglich oder seltener, den Bedürfnissen entsprechend, unternommen. Der Rand des freien Schlauchendes wurde mit folgender Salbe bestrichen: Rp. Cerae flavae 7,5, Seb. bovini, Resinae pini āā 45,0, Terebenthin. communis 6,0. MDS. Salbe (Fig. 1), was ein besonders dichtes Anlegen des Schlauches an die betreffende Stelle ermöglichte.

Während der ersten Sitzung füllte sich der Gummischlauch mit Blutgerinnseln, in welchen Epithelialgewebsfetzen eingelagert waren, und erhielt das Geschwür nach Abnahme des Schlauches ein besonderes Aussehen: seine Ränder waren nicht mehr nach außen gekehrt, sondern unterwühlt, wie man es entsprechend bei tuberkulösen Vereiterungen beobachtet. Nach 10 Sitzungen ging das Geschwür allmählich zuerst in ein »Ulcus simplex« über, dann folgte volle Heilung.

---

24) **Schäfer, Svenson und v. d. Osten-Sacken.** Über die Wirkung der japanischen Kriegswaffen im mandschurischen Feldzuge. II. Teil: Bericht über geheilte Kriegsverletzungen bei russischen Feldtruppen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

Es ist unmöglich, ein umfassendes Referat über die unzähligen Einzelheiten der vorliegenden Arbeit zu geben, die ein sehr großes statistisches Material zusammenstellt. Dasselbe entstammt Zählkarten, die auf dem mandschurischen Kriegsschauplatz 1905 durch Untersuchung in die Front zurückgekehrter Verwundeter gewonnen wurden, und zwar von vier ostsibirischen Schützendivisionen, einer europäischen Infanteriedivision, nebst fünf Artilleriebrigaden und zwei sibirischen Kosakenregimentern. Verf. hat es verstanden, seine Arbeit fast zu einer spannenden Lektüre zu machen, indem er historische Betrachtungen und zahlreiche interessante Erfahrungen vom Kriegsschauplatz mit einflicht. Stets unter dem Hinweis auf das von ihm zu behandelnde Thema entrollt er ein Bild der Schlachten mit ihren Tag- und Nachtkämpfen, mit den Schwierigkeiten des Terrains und der Wirkung der verschiedenen Geschoßarten. Die Eigenart der Kriegsverhältnisse in der

Mandschurei, das heldenhafte Benehmen der Soldaten, die Mängel des Evakuationsprinzips und der Etappenorganisation, die nach seiner Ansicht allzu liebevolle Behandlung in den Spitälern des Roten Kreuzes und auch in den Militärlazaretten finden eine offene Besprechung hinsichtlich ihrer Rückwirkung auf den Dienstverlust. Dies sei nur ein Hinweis, wie geschickt Verf. alle Faktoren benutzt hat, um einer anscheinend rein ziffermäßig zu beantwortenden Frage eine größere Anteilnahme zu verschaffen.

Lesenswert ist auch der Anhang, den v. O. der Arbeit beifügt. In demselben schildert er den Mangel an tauglichen Verbandpäckchen, die unzureichenden Qualitäten des Sanitätspersonals und erwähnt die schlechte Ausrüstung von Instrumentarium nebst Apotheke. Verbandschere, Rasiermesser, Haarschneidemaschine mußte er selbst anschaffen. Mit Grauen beschreibt er, wie der beste Wille, alles Wissen und Können an der Brutalität von Zeit und Raum scheiterten, und wie der Zufall oft alles vernichtete, was für die Verwundeten geschehen war.

Von Einzelheiten sei erwähnt, daß der Gipsverband wenig angewendet wurde. Man bediente sich statt desselben des improvisierten Verbandes mit den überall erhältlichen Stengeln der chinesischen Riesenhirse Gaoljan. Einem Soldaten, dem v. O. auf dem Verbandsplatze wegen Bauchschusses mit Darmvorfall den letzteren reponiert hatte, traf er, nachdem sich 3 Tage lang niemand um ihn gekümmert hatte, mit guten Wundverhältnissen an, so daß er später in den Hospitälern genesen ist. Der Fall beweist ihm, daß man die Bauchschüsse nicht so früh, wie es meist geschehen ist, hätte evakuieren sollen. In bezug auf die Lokalisierung der Verbandplätze faßt der Autor seine Erfahrungen dahin zusammen, daß in diesen Fragen das Militärkommando nicht strikte Vorschriften erteilen, sondern nur Vorschläge machen sollte und die Entscheidung den Divisionsärzten überlassen müßte; daß eine Teilung der Truppenverbandplätze rationell wäre, und daß die Frage, ob und wie viele Feldlazarette zu etablieren seien, erst während des Kampfes vom Korps- oder Divisionsarzt bestimmt werden dürfte, welcher auch Art und Ort der Verwertung dieser mobilen Feldhospitäler anzugeben hätte.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

25) **Walsh.** First pictures of surgical operations extant.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 19.)

Wiedergabe und Besprechung einer Anzahl Abbildungen chirurgischer Operationen ungefähr aus dem Jahre 2500 v. Chr. Sie stammen aus einer kürzlich aufgedeckten Grabkammer eines hohen ägyptischen Beamten zu Memphis.

Teils handelt es sich um Operationen an Händen und Füßen, am Nacken, am Knie, zweimal um solche am Penis; das eine der letztgenannten Bilder scheint eine Zirkumzision beim Erwachsenen zu betreffen (die in diesen Zeiten erst vor der Verheiratung vorgenommen zu werden pflegte), das andere scheint, dem Aussehen des Penis nach zu urteilen, die Operation (Spaltung) einer Paraphimose darzustellen.

W. v. Brunn (Rostock).

26) **Bailey.** An X-ray method for immediate localisation of foreign bodies.

(Brit. med. journ. 1907. November 2.)

B. gibt eine sinnreiche, sehr einfache Art an, die Lage des Fremdkörpers aus der Verschiebung seines Schatten bei senkrechter und bei schräger Durchleuchtung zu berechnen. Er braucht dazu außer dem Röntgenapparate noch eine verstellbare Blende, einen verschieblichen Röhrenhalter, Dermograph, Bleifolie und gummiertes Papier. Zunächst fixiert er die Lage des Fremdkörpers, z. B. einer Nadel in der Hand, bei senkrechter Durchleuchtung palmarwärts und dorsolwärts mit genau dem Fremdkörper kongruenter Bleistückchchen und findet so die senkrechte Ebene. Durch seitliche Verschiebung der Röhre vermag man nun in einfacher Weise die Fntfernung der in drei Schatten zerlegten Durchleuchtungsbilder des Körpers und der Bleistückchen voneinander zu berechnen und findet so die Tiefe,

in der der Fremdkörper gelegen ist. Genaueres muß im Originale nachgesehen werden. **Weber** (Dresden).

27) **Robinson.** Treatment of tetanus by intraspinal injections of magnesium sulphate.

(Journal of the american med. association Vol. XLIX. Nr. 6.)

Es handelt sich bei diesem in Heilung ausgegangenen Fall um einen 11 Jahre alten Knaben. Eine Inkubationszeit war nicht festzustellen, die Mutter hatte nur gelegentlich eine etwas schmerzhafte geschwollene Stelle am behaarten Kopf bemerkt.

Erst 11 Tage nach Beginn der ersten Krankheitssymptome kam Pat. zur Aufnahme. Es bestand fast allgemeine Steifheit der Muskulatur am Halse, Kiefer, Rumpf, oberen und besonders unteren Extremitäten. Opisthotonus mit Erhebung der Lumbalgegend um 6—8 cm über die Bettebene. Alle paar Minuten ein Krampfanfall.

Am selben Tage lumbale Injektion von 3 ccm einer 25%igen Lösung von Magnesiumsulfat. Bereits 5 Minuten später ganz erheblicher Nachlaß der Steifigkeit und allmähliche Besserung im Laufe der folgenden $2^1/_2$ Stunden. Darauf Verschlechterung bis zum Zustand vor der Injektion. Erneute Injektion 18 Stunden nach der ersten, diesmal $3^1/_2$ ccm derselben Lösung und erhebliche Besserung bereits innerhalb $1^3/_4$ Stunden. Inzision der ödematös geschwollenen Stelle am Kopf, Tetanusbazillen werden nicht darin gefunden.

Drei nach Tage der zweiten wird wegen zunehmender Steifigkeit eine dritte Injektion von 4 ccm der 25%igen Lösung nötig. Danach Besserung und völlige Heilung. Entlassung am 59. Tage der Krankheit.

Als unangenehme Folgezustände nach der Injektion wurden mäßige Kopfschmerzen und Temperatursteigerung beobachtet.

Von Serumgaben oder interner Medikation ist nicht die Rede.

W. v. Brunn (Rostock).

28) **Patrick.** The treatment of trifacial neuralgia by means of deep injections of alcohol.

(Journ. of the amer. med. assoc, Vol. XLIX. Nr. 19.)

29) **D'Orsay-Hecht.** The methods and technic of the deep alcohol injections for trifacial neuralgia.

(Ibid.)

Die beiden amerikanischen Autoren haben die von Schlösser und Ostwalt angegebene Methode der tiefen Alkoholinjektionen bei der Behandlung der Trigeminusneuralgie in der Klinik von Levy und Baudouin in Paris studiert und halten sich an die von diesen Autoren publizierten Vorschriften.

P. hat 16 Pat. in Behandlung bzw. in Behandlung gehabt und gibt vor allem in seiner Abhandlung eine eingehende Krankengeschichte dieser Fälle.

Er bedient sich einer 10 cm langen, mit Skala versehenen, 1,5 mm dicken Punktionsnadel mit Mandrin. Dieser Mandrin wird nach Durchstechen der Haut vorgeschoben und das Ganze nun stumpf bis zu dem gewünschten Punkte durch die Weichteile vorwärts bewegt. Nun Herausziehen des Mandrins und Injektion von ungefähr 2 ccm eines 75—90%igen Alkohols mit Zusatz von etwas Kokain und Chloroform.

Auf dem von ihm näher beschriebenen Wege versucht P., an das Foramen rotundum bzw. ovale heranzukommen.

Unangenehme Folgen hat er von der Methode nicht auftreten sehen. Doch möchte er die intraorbitale Injektion des I. Astes, die er einmal ausführte, nicht gern wiederholen wegen der für das orbitale Gewebe und die zahlreichen anderen wichtigen Nervenäste damit verbundenen Gefahr.

Seine Erfolge sind sehr erfreulich. Allerdings mußten in den meisten Fällen eine ganze Anzahl von Injektionen ausgeführt werden. Auch sollte man, wenn

die erste Einspritzung schon von Erfolg begleitet war, noch mehrere in einigen Tagen Abstand folgen lassen, um das auch trotz alledem häufig nach Monaten oder Jahren folgende Rezidiv möglichst lange hinauszuschieben.

P. hat fünf Fälle mit Neuralgie des II., sieben des III., drei des II. und III., einen Fall des I. Astes behandelt. Darunter waren drei vollständige Mißerfolge. Die übrigen Fälle allerdings verliefen teilweise überraschend günstig.

P. hat die Erfahrung gemacht, daß die Erfolge bei Behandlung des Rezidivs nach früherer Alkoholinjektion weniger günstig zu sein pflegen als bei der ersten Injektion und führt das darauf zurück, daß das perineurale Gewebe durch Narbenbildung derartig undurchgängig für den später eingespritzten Alkohol geworden sei, daß er den Nerven weniger zu beeinflussen imstande sei wie das erstemal.

(Ähnliche Erfahrungen hat Ref. ebenfalls gemacht.)

D'O.-H. verfügt nur über acht Fälle von Trigeminusneuralgie und zwei von subakuter Ischias; er teilt die Krankengeschichten nicht mit und spricht sich nur im allgemeinen dahin aus, daß er mit dem Verfahren sehr zufrieden sei.

Dafür aber gibt er eine besonders eingehende Beschreibung der Methode an der Hand einiger anatomischer Zeichnungen.

Durch Knochenanomalien kann man bisweilen mit der Nadel an ganz falsche Stellen gelangen und sich in solchen Fällen nur durch Benutzung bajonettförmig gebogener Kanülen helfen.

Unangenehme Nacherscheinungen sind auch bei seinen Pat. nicht beobachtet worden. Am leichtesten gelang es ihm, den III. Ast zu beeinflussen, schwerer war es beim II. Aste; die Injektionsbehandlung des I. Astes hält auch er für gefährlich.

Im Gegensatz zu P. meint Verf., daß Rezidive leichter zu beseitigen wären als der mit Injektion behandelte erste Anfall. Er stützt diese Behauptung aber nicht durch Beweise. **W. v. Brunn** (Rostock).

30) **Anton.** Partielle angeborene Atrophie der Nasenschleimhaut.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 21.)

Unter 130 Kinderleichen fand Verf. dreimal eine angeborene partielle Atrophie der Nasenschleimhaut im vorderen Teile der knorpeligen Scheidewand. Sie war scharf begrenzt, oval, 4—6 mm lang und 3—4 mm hoch. Die Schleimhaut war vertieft und glatter als in der Umgebung. Da die Atrophie dort angetroffen wird, wo sich der vordere, aus dem mittleren Stirnfortsatz und der rückwärtige, aus dem ethmoidalen Schädelabschnitt gebildete Anteil des Septum im embryonalen Leben vereinigen, so ist sie als eine Hemmungsbildung aufzufassen.

Die dünne, des Flimmerepithels entbehrende Schleimhaut ist Traumen, Infektionen und ätzenden Substanzen gegenüber weniger widerstandsfähig, weshalb A. geneigt ist, die Atrophie für die an dieser Stelle im späteren Leben eintretenden Septumperforationen mit verantwortlich zu machen. **Gutzeit** (Neidenburg).

31) **de Ponthière.** Deux cas de corps étrangers des fosses nasales.

(Annales des maladies de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 11.)

Beide Fremdkörper (Gummiring, Stück eines Kautschukschlauches) sind durch ihren langen Aufenthalt in der Nase — 7 bezw. 26 Jahre — bemerkenswert. Sie wurden im zweiten Lebensjahre eingeführt und verursachten äußerst stinkende Eiterung, die im einen Fall an Tuberkulose, im anderen an hereditäre Lues denken ließ. Die Beschwerden schwanden sofort nach Extraktion des Fremdkörpers.

Hinsberg (Breslau).

32) **Saint-Clair Thomson.** Sinusite frontale. Deux cas de mort postopératoire.

(Annales des maladies de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 11.)

Bei beiden Fällen kam es, ausgehend von einer Stirnhöhleneiterung, zu Osteomyelitis der Schädelknochen, die, trotz wiederholter Operationen unaufhaltsam

fortschreitend, eine tödliche Meningitis verursachte. Bei der ersten Pat. war außer der Stirnhöhle auch die Kieferhöhle erkrankt, nach deren operativer Eröffnung — die Stirnhöhle blieb dabei unberührt — die Osteomyelitis zum Ausbruch kam. T. ist geneigt, die Operation an der Kieferhöhle als auslösendes Moment für die Osteomyelitis anzusehen. Im zweiten Falle zeigten sich die ersten Symptome der Knochenmarksentzündung nach Eröffnung der Stirnhöhle, bei der gleichfalls eiternde Siebbeinzellen übersehen wurden. **Hinsberg** (Breslau).

33) **G. Frey.** Beitrag zur Behandlung des chronischen Kieferhöhlenempyems. (Aus der kgl. Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke in Erlangen. Prof. Denker.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 45.)

Von den nach Denker's Methode (s. Ref. d. Bl. 1905 p. 1147) operierten 21 Fällen sind 17 als dauernd geheilt zu betrachten; die übrigen vier gehen ihrer wohl gleichfalls dauernden Heilung entgegen, so daß also das Verfahren auch bei den hartnäckigsten und schwierigsten Fällen Ausgezeichnetes geleistet hat. Seine Vorzüge bestehen darin, daß die für den Pat. lästige Kommunikation mit der Mundhöhle fortfällt, die Nachbehandlung durch die Nase vereinfacht und angenehmer gestaltet, die Heilung rasch herbeigeführt wird. Auf die Resektion des vorderen Teiles der unteren Muschel ist in keinem der Fälle verzichtet worden, ohne daß üble Folgen davon zurückblieben. **Kramer** (Glogau).

34) **F. Koser.** Zur Kasuistik der Speichelsteine der Glandula submaxillaris.

Inaug.-Diss., Rostock 1907.

Es sind fünf Fälle aus der Rostocker Klinik. Fremdkörper als Kern des Steines fehlten stets. Die Röntgenaufnahme in einem Falle zwecks Diagnose hatte im Stich gelassen. In vier Fällen war die Exstirpation der ganzen Speicheldrüse vorgenommen worden und hatte stets zur Heilung geführt. Im fünften Fall traten nach Erweiterung einer in die Glandula submaxillaris führenden Fistel und Extraktion eines Steines entzündliche Erscheinungen auf, die den Verdacht auf Vorhandensein eines zweiten Steines erweckten. Der weiteren Behandlung entzog sich der Kranke.

Die Entfernung der Drüse dürfte bei Steinen der Submaxillardrüse das beste Verfahren sein. **E. Moser** (Zittau).

35) **Garel et Bonnamour.** De la hernie intermittente des glandules salivaires comme signe du calcul.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 11.)

Die Autoren beschreiben auf Grund von neun eigenen Beobachtungen ein typisches Krankheitsbild, das, speziell in der deutschen Literatur, noch wenig bekannt ist. Meist handelt es sich um erwachsene Männer, die, entweder bei der Mahlzeit oder beim Anblicke von Speisen, plötzlich eine Schwellung in der Gegend einer Speicheldrüse (einmal Parotis, sechsmal Submaxillaris, zweimal Sublingualis) verspüren. Die Schwellung bleibt während des Essens bestehen, manchmal noch zunehmend, und verschwindet dann allmählich, zuweilen unter plötzlicher Entleerung größerer Speichelmengen in den Mund. Solche Anfälle wiederholen sich in längeren oder kürzeren Zwischenräumen, bis sich entweder ein Stein aus dem Ausführungsgang entleert oder bis die Schwellung dauernd wird; in einzelnen Fällen kommt es zu Abszedierung.

Die Ursache ist nach Ansicht der Verff. stets ein Speichelstein, der den Ausführungsgang verlegt, zunächst nur zeitweise, später dauernd. Durch Katheterismus des Ausführungsganganges läßt sich seine Anwesenheit bisweilen feststellen.

Hinsberg (Breslau).

36) **Bonnamour.** Trois observations des polypes de l'amygdale.
(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 10.)

B. berichtet über drei Mandelpolypen, von denen zwei sich histologisch als Lymphangiome, einer als Fibroangiom erwiesen. Über die Ätiologie dieser seltenen Gebilde ist noch wenig bekannt. **Hinsberg** (Breslau).

37) **Fein.** L'ablation de l'amygdale pharyngée avec l'adénotome coudé en forme de baïonette.
(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 11.)

F. weist an der Hand von Zeichnungen darauf hin, daß das gewöhnlich zur Entfernung der Rachenmandel gebrauchte Ringmesser in manchen Fällen nicht hoch genug in den Nasen-Rachenraum eingeführt werden könne, weil der gerade Griff an die unteren Schneidezähne anstößt. Er hat diesen Übelstand dadurch auszuschalten versucht, daß er den Griff bajonettförmig seitlich abbog. Dadurch ist eine sehr ausgiebige Bewegungsfreiheit erreicht. **Hinsberg** (Breslau).

38) **M. van Oordt** (St. Blasien). Über habituelle Rotationssubluxation des 4. Halswirbels.
(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 46.)

Die 32jährige Pat. soll sich vor 3 Jahren beim Aufstehen aus dem Bett eine Rotationssubluxation der Halswirbelsäule zugezogen, die dadurch entstandenen Beschwerden aber nach einigen Tagen wieder verloren, seitdem aber das Gefühl schmerzhafter Verrenkung im Nacken bei Bewegungen gehabt haben. Neuerdings ist es wieder ohne traumatischen Einfluß zu solcher gekommen; Pat. hatte heftige Schmerzen von der Mitte der Halswirbelsäule aus in ca. 8—10 cm Breite quer über die Schultergräte bis zum rechten Ellbogengelenk. Die Sensibilität war in dieser Ausdehnung herabgesetzt, die Bewegungen des Kopfes und der Schultern gehemmt, die rechte stand etwas tiefer, der Oberkörper etwas nach rechts geneigt, der Kopf mit leichter Drehung nach rechts hinten rechts hin gebeugt (das Kinn rechts von der Mittellinie), ließ sich jedoch aufrichten und fast gerade drehen. Dornfortsätze des 4. und 5. Halswirbels druckempfindlich, der 4. um ca. $^3/_4$ cm, der 5. weniger nach links gerückt. Bei der leicht gelingenden Einrenkung dieser »unvollkommenen Rotationsluxation des 4. Halswirbels mit Kompression der rechten 4. und 5. Cervicalnervenwurzel« hörten sofort die Schmerzen auf; auch die übrigen nervösen Erscheinungen gingen bald zurück. **Kramer** (Glogau).

39) **Ochsner and Rothstein.** Multiple exostoses, including an exostosis within the spinal canal, with surgical and neurological observations.
(Annals of surgery 1907. Oktober.)

O. stellte bei einem 23jährigen Pat. 108 Exostosen fest, welche verteilt an den Armen, den Beinen, den Hüftknochen, Schulterblättern, am Kopf usw. saßen. Sie sollen sich seit dem 2. Lebensjahre nach Aussage des Pat. nach und nach gebildet haben. Der Mann kam als 23jähriger in die Behandlung von O., da er seit längerer Zeit bei Bewegungen des Kopfes einen plötzlichen, sehr heftigen Schmerz im Nacken empfand, der nach der rechten Schulter hinzog. Außerdem hatte er eine Lähmung des rechten Armes und eine lähmungsartige Schwäche in den Beinen. Der von R. aufgenommene Nervenstatus ergab einen spastischen Gang, Nystagmus, rechtsseitige Kontrakturstellung und Lähmung des rechten Armes, Ataxie des linken Armes und geringe Gefühlsstörungen an demselben, endlich Babinsky rechts. Da man auf eine Geschwulst im Cervicalwirbelkanal schloß, wurden die Bogen und die Dornfortsätze vom 2. und 3. Halswirbel entfernt; am rechten Bogen des 2. Halswirbels saß die das Mark komprimierende Exostose. Da der Kranke über Schmerzen im Verlaufe des rechten N. occipitalis minor klagte, dessen Fasern aus dem 2. und 3. Cervicalsegment entspringen, hatte man den Sitz der Geschwulst vorher bestimmen können. Nach der Operation besserten

sich alle Erscheinungen, Pat. konnte wieder gehen und den rechten Arm gebrauchen. Am linken Arme blieben nur einige Gefühlsstörungen und leicht ataktische Erscheinungen zurück. **Herhold** (Brandenburg).

40) **Collet.** La santonine dans le traitement des crises laryngées du tabes.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 9.)

C. erzielte in einem Falle von tabischen Kehlkopfkrisen, die längere Zeit durch verschiedene Medikamente ohne Erfolg behandelt waren, durch Santonin (dreimal täglich 0,015) völliges Verschwinden der Anfälle. Nachdem das Mittel 2 Monate gegeben, wird es ausgesetzt. 7 Monate später erneute Krisen, die wiederum sofort auf Santonin verschwinden. C. glaubt daraufhin, das Santonin, das auch gegen die lanzinierenden Schmerzen bei Tabes mit Erfolg angewandt wird, bei Kehlkopfkrisen empfehlen zu können. **Hinsberg** (Breslau).

41) **S. C. Beck.** Lungenschwindsucht und Hautkrankheiten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 3.)

Verf. hat der Haut der in einem Lungensanatorium verpflegten Pat. besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die Dermatosen waren sehr häufig, besonders Akne mit Pityriasis capitis, artefizielle Dermatitiden, Pityriasis vesicolor, Pruritus. — Die sich darin zeigende Hautempfindlichkeit der Lungentuberkulösen ist bei Männern bedeutend größer, als bei Frauen. Auch das häufige Vorkommen von Syphilis wird betont. Tuberkulose der Haut und Tuberkulide waren sehr selten. **Jadassohn** (Bern).

42) **A. A. Opokin.** Dermoidcyste der Lunge.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Seit 5 Jahren war der 23jährige Pat. krank. Es hatte mit Fieber angefangen. Bald darauf spie er Blut und später eitriges Sekret. Der Auswurf wurde rostfarben, entfärbte sich wieder, und Pat. konnte zeitweilig arbeiten. Er hatte aber stets Auswurf und hustete. Nach einem Jahre verschlimmerte sich sein Zustand, der Auswurf fing an zu stinken. Eines Tages hatte Pat. die Empfindung, als risse innerlich etwas; er bekam einen sehr heftigen Erstickungs- und Hustenanfall, der mit Auswurf grauschmutziger, riechender Massen ohne Blut endete. Nachts warf er noch viel aus, und zwar blutig. Haare hat er nie im Auswurf bemerkt. Er wurde stets intern behandelt, ohne jemals wirkliche Besserung zu erzielen.

Die Untersuchung in der Klinik von W. J. Rasumowski ergab endlich folgendes: Anämischer Mann. Im Gebiete der linken Axillarlinie verstärkter Pektoralfremitus. Ein Bezirk gedämpft-tympanitischen Perkussionsschalles lag zwischen der vorderen Axillarlinie und einer Linie, die zwei Querfinger von der Wirbelsäule entfernt dieser parallel lief. Die obere Grenze bezeichnete der Angulus scapulae. Besonders deutlich war die gedämpfte Tympanie dicht unterhalb des Angulus scapulae. Neben Bronchialatmen war in diesem Bezirk amphorisches Atmen und großblasiges Rasseln zu hören. Wurde Pat. geschüttelt, so ließ sich auch ein Plätschern hören, das von der gewöhnlichen Succussio unterschieden war. Fieber scheint nicht bestanden zu haben. Der Auswurf zeigte drei Schichten und stank, er enthielt massenhaft Bakterien, darunter Influenzabazillen (Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden), fettig degenerierte Epithelien, Cholesterinkristalle; keine elastischen Fasern, keine Haare.

Rasumowski diagnostizierte einen in einen Bronchus durchgebrochenen Lungenabszeß und schritt zur Operation. Zahlreiche Punktionen mit verschiedenen Nadeln vor und nach Resektion der 8. Rippe blieben resultatlos. Beim Vordringen mit dem Messer erwies sich, daß die Pleurablätter verklebt und »stark verdickt« waren. Es wurde ein 6 cm langer, $1^1/_2$ cm tiefer Schnitt in das Lungenparenchym gemacht und die Lunge mit zwei Nähten angeschlungen. Beim weiteren Einschneiden (wie tief? Ref.) gelangte Rasumowski in eine faustgroße Höhle in der Form eines

Trichters, in dessen Spitze ein Bronchus von der Stärke eines dicken Fingers mündete. Die Richtung des Trichters war nach vorn oben und medial. Mehrere kleine Bronchen mündeten in den Seitenwänden. Die 8. Rippe wurde noch weiter nach der Wirbelsäule hin reseziert und die Höhle mit dem Paquelin weit geöffnet (8 cm). Die Ränder der Lungenwunde nähte Rasumowski an die Hautränder. Tamponade.

Ein »sehr kleines Stück« der Wand wurde zur mikroskopischen Untersuchung entnommen. Es trug ein vielfach geschichtetes Plattenepithel, das mehrfach papillenartige Erhebungen des darunterliegenden Gewebes überzog. Haare, Talg- oder Schweißdrüsen fanden sich in dem kleinen Stück nicht. Das anliegende Lungengewebe wies die Zeichen chronischer interstitieller Pneumonie auf. Auffallend waren die erweiterten Alveolen: es fanden sich Vorsprünge in die Lichtung, die auf bindegewebigem Gerüst atypisch angeordnete epitheliale Elemente trugen, zuweilen in zwei und mehr Reihen. Komplexe derartiger Alveolen imponierten als Plattenepithelkarzinom, »primäres Bronchialkarzinom«. O. kommt aber zu dem Schluß, daß es sich nur um eine Dermoidcyste gehandelt hat, die klinisch die Erscheinungen eines in einen Bronchus durchbrochenen Abszesses oder einer Bronchiektasie machte.

Der weitere Verlauf des Falles war nur wenig befriedigend. Pat. wurde mit einer Fistel entlassen und mußte nach einem Jahre wieder operiert werden. Die Fistel nahm einen kleinen Finger leicht auf und führte in eine zitronengroße (!) Höhle. Es wurden jetzt Stücke aus drei Rippen reseziert, die vordere Höhlenwand aufgeschnitten und ihre Ränder an die Hautränder fixiert; im übrigen aber wurde die Wand der Höhle unberührt gelassen. Pat. verließ die Klinik mit einer 3 cm tiefen, 6 cm langen Wunde. **V. E. Mertens** (Kiel).

43) **Franke.** Zur Behandlung der Herzverletzungen. (Punktion des Herzbeutels.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 38.)

F. machte bei einem Pat., der durch Stichverletzung ein Hämoperikardium, Pneumothorax und Blutung in die Brusthöhle erlitten hatte, wegen des schlechten Pulses, der hochgradigen Kurzatmigkeit eine Punktion des Herzbeutels, wobei er 300 ccm dunklen, flüssigen Blutes entleerte. Hiernach schnell eintretende Besserung. F. empfiehlt die Punktion des Herzbeutels als Palliativmittel und als direkt lebensrettenden Eingriff. **Borchard** (Posen).

44) **Allaben.** Intestinal perforation in typhoid fever; its diagnosis and surgical treatment.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 7.)

A. berichtet die Krankengeschichte seines eigenen 17jährigen Sohnes, der dreimal laparotomiert wurde. Perforation 2 Tage nach Beginn der ersten Symptome, Laparotomie 37 Stunden nachher. Vernähung der perforierten Stelle im Ileum, 12 Zoll über dem Blinddarme; zunächst Heilung mit Darmfistel. 19 Tage später zweite Laparotomie wegen Verdachtes auf intraabdominalen Abszeß, der aber nicht gefunden wird. Die Fistel entleert danach fast allen Darminhalt. 14 Tage danach dritte Laparotomie wegen Darmverschluß. Ein den Dünndarm abschnürender Verwachsungsstrang wird durchtrennt und damit die Lichtung wieder hergestellt. 8 Stunden danach Tod. Die Obduktion ergab typhöse Darmgeschwüre; das übernähte Ulcus hatte sich wieder geöffnet und die Fistel veranlaßt. Großer Beckenabszeß.

Abbildung von fünf makroskopischen Präparaten von anderen Fällen.

W. v. Brunn (Rostock).

45) **Hippius und Lewinson.** Oxyuris und Appendix.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Bei einem 6jährigen Mädchen zeigte sich der resezierte Wurmfortsatz vollgepfropft von Oxyuren (ca. 80 Exemplare, meist ausgewachsene Weibchen). Die

Schleimhaut erschien gelockert und stark hyperämisch. Die mikroskopische Untersuchung ergab zahlreiche Verletzungen der Wurmfortsatzwand; die Oxyuren waren bis zur äußeren Muskelschicht vorgedrungen, es ließen sich alle Entwicklungsstadien der Würmer in der Darmanhangswand verfolgen. Neben diesen akuten, den Charakter von traumatischen Schädigungen tragenden Veränderungen der Wurmwand fanden sich chronisch atrophierende Prozesse. Aus der Beobachtung geht hervor, daß Infektionserreger durch Oxyuren freie Bahn in die Gewebe des Wurmes erhalten. **Borchard** (Posen).

46) **Hebblethwaite.** Suppurative appendicitis in a patient with transposed viscera.

(Brit. med. journ. 1907. November 30.)

Bei einem 16jährigen Knaben mit Situs inversus wurde eine vorher richtig diagnostizierte gangränöse Appendicitis der linken Seite von Moynihan mit Erfolg operiert. **Weber** (Dresden).

47) **G. Meusel** (Gotha). Die Spätoperation bei Appendicitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 45.)

M. ist Anhänger der Frühoperation, hat aber auch bei der Spätoperation günstige Resultate — unter 31 Fällen nur 4 tödlich verlaufene — gehabt. Er sucht stets festzustellen, ob außer dem einen Eiterherde noch andere bestehen, entfernt den Eiter nur mit dem Tupfer, wo irgend möglich den Wurmfortsatz, tamponiert jede einzelne Abszeßhöhle sorgfältig bis in jede Ausbuchtung, läßt die Tampons 4—5 Tage liegen und verschließt die Bauchwunde durch Naht nur in den Wundwinkeln, so daß die Tampons nicht gepreßt werden. Event. infolge dieser fast offenen Behandlung der Bauchfelleiterung entstehende Brüche werden von ihm später operativ beseitigt. **Kramer** (Glogau).

48) **Chiene.** Preliminary note on a simple operation for uncomplicated oblique inguinal hernia in young adults.

(Brit. med. journ. 1907. November 16.)

Alle schrägen Leistenbrüche entstehen auf Grundlage eines angeborenen, vorgebildeten Sackes. Beseitigt man den Innendruck einer solchen Hernie, so kräftigt sich die Muskelsperre am inneren Leistenringe von selbst wieder. Es ist also nur nötig, den Bruchsack möglichst hoch oben abzubinden und den peripheren Anteil des Bruchsackes ganz unberührt zu lassen. Im Sinne dieser Voraussetzungen hat C. 16mal mit vollem Erfolge bei Leistenbrüchen operiert, indem er direkt auf den inneren Leistenring einschnitt, ihn freilegte, den Bruchsack hoch oben abband, den Sack selbst unberührt ließ und den Kanal durch einfache Naht der Aponeurose deckte, ohne den Obliquus internus und transversus zu nähen.

Weber (Dresden).

49) **Harris.** The paraffin injection treatment of inguinal hernia.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 16.)

Es ist über 50 Jahre her, daß zuerst der Versuch gemacht wurde, Hernien durch Einspritzung reizender Substanzen zu heilen.

Diese Verfahren hatten ebensowenig Wert wie die moderne Paraffininjektion. Das demonstriert Verf. an vier Fällen eigener Beobachtung. Diese betrafen Pat., die anderwärts mit Paraffin behandelt worden waren, aber erstens ihre Brüche nach wie vor hatten und außerdem derartige Schmerzen an den Stellen ihrer Paraffindepots empfanden, daß sie zu H. kamen, um sich diese Paraffinstücke operativ entfernen zu lassen. **W. v. Brunn** (Rostock).

50) **McGavin.** On the use of filigrees of silver wire in the cure of hernial usually considered inoperable.

(Brit. med. journ. 1907. November 16.)

Verf. empfiehlt — nach dem Vorgange von Schede, Witzel und Goepel — seine genau beschriebene Methode von Deckung großer Bruchpforten mit Silberdraht-

netzen auf Grund von 13 Fällen, in denen wiederholte Rückfälle, übermäßig große Bruchpforte, schlaffer Muskelring bei hohem Alter die Anzeige zur Operation gaben. Das wichtigste Erfordernis, peinlichste Asepsis, beschreibt er eingehend und gibt dann eine Schilderung der Herstellung seiner Silberdrahtnetze: Mit Hilfe zahlreicher, nach dem Plane des gewünschten Gitterstückes abgesteckter Nadeln stellt sich der Operateur selbst das Filigran her mit einem langen, dünnen Silberdraht. Die Methode muß im Original eingesehen werden. Das Netz muß vollkommen biegsam sein, so daß es sich allen Körperformen und -Bewegungen anzupassen imstande ist; es muß auch der Gefäßdurchwachsung seiner Maschen völlig freien Spielraum gewähren, weil es sonst als Fremdkörper leicht eine Quelle der Eiterung wird. Nach sorgfältigster Blutstillung, die unterstützt wird durch 2 Tage lang verabreichtes Chlorkalzium, wird das Netz auf Fascie und Peritoneum aufgelegt und die Muskelnaht darüber geschlossen. Die größten Drahtnetze, die er — in Fällen von Bauchbrüchen — eingepflanzt hat, waren 22 : 10 cm groß! Zwei seiner Fälle heilten nach starker Eiterung, aber trotzdem blieben die Netze darin, und das Endergebnis war voll befriedigend. G. hat seine Methode nach der von Bartlett in St. Louis ursprünglich (1903) angegebenen etwas abgeändert.

Weber (Dresden).

51) **Cecil.** Phlegmonous gastritis.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Nach einer ziemlich ausführlichen Wiedergabe der wenigen bisher publizierten Fälle von Gastritis phlegmonosa bespricht Verf. einen Fall eigener Beobachtung.

Eine 25 Jahre alte Frau, die vor 2 Jahren an Muskel- und Gelenkrheumatismus gelitten und seither auch oft mit Schmerzen im Epigastrium zu tun gehabt hatte, erkrankte plötzlich schwer mit Erbrechen, heftigen Magenschmerzen und Diarrhöe. Aufnahme 8 Tage später in desolatem Zustande. Die Laparotomie ergab das Vorhandensein einer lokalisierten eitrigen Peritonitis im oberen Teile der Bauchhöhle. Wie die Sektion zeigte, ging diese Peritonitis von einer phlegmonösen Gastritis aus, die den ganzen Umfang des Magens dicht vor dem Pylorus in 10 cm Breite betroffen hatte. Die Wandung war hier 12 mm dick. Abgesehen von einzelnen kleinsten Hämorrhagien, war die Schleimhaut auch hier unverändert. In den gefärbten Abstrichpräparaten konnte man in dem Eiter einmal Colibazillen und zweitens Mikroorganismen nachweisen, die ganz den Pneumokokken glichen. Trotz größter Sorgfalt ließen sich aber durch das Kulturverfahren nur die ersteren, nicht aber die Diplokokken züchten. **W. v. Brunn** (Rostock).

52) **Blagoweschtschensky.** Zur Therapie des Ulcus rotundum.

(Chirurgia 1907. Nr. 131. [Russisch.])

B. tritt an der Hand von drei geheilten Fällen, von denen er zwei operierte, warm für die Auskratzung des Geschwürs mit scharfem Löffel und anschließender Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz ein. Die drei ausgezeichneten Resultate hält er nicht für Zufall, sondern für einen Beweis der Leistungsfähigkeit »der glänzenden Methode«. Wo der Pylorus für den kleinen Finger durchgängig ist, wird die Pyloroplastik fortgelassen und lediglich ausgekratzt.

(Die großen Statistiken unterstützen die Auffassung B.'s keineswegs. Es sei nur an die maßgebende Bearbeitung der Frage durch Krönlein [1906] erinnert. Ref.)

Oettingen (Berlin).

53) **Gardiner.** A case of congenital hour-glass stomach with accessory pancreas.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 19.)

Ein völlig ausgetragenes, wohlgebildetes Kind erbrach gleich nach der ersten Nahrungsaufnahme, und dies Erbrechen setzte sich trotz aller möglichen Ernährungsversuche bis zu dem 3 Monate später eintretenden Tode fort; nie war Blut dabei.

Die Autopsie ergab das Vorhandensein eines Sanduhrmagens mit engem Zwischenstück. Die Schleimhaut zeigte überall ganz normale Beschaffenheit; im Bereiche der Stenose war sie zu Falten emporgehoben. Auf der Rückseite des cardialwärts gelegenen Sackes befand sich ein akzessorisches Pankreas, durch Netzgefäße in zwei Teile gesondert, deren einer 35 : 12 mm, deren anderer 10 : 10 mm groß war. Abbildung. Literatur. **W. v. Brunn** (Rostock).

54) **Arquellada.** Estudio de la estenosis congénita hipertrofica del piloro.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid 1907. Nr. 999.)

A. bespricht ausführlich die Anatomie, Physiologie und Pathologie der angeborenen Pylorusstenose und teilt im Anschluß hieran die Krankheitsgeschichte eines von ihm beobachteten Falles mit, der ein 1 Monat altes Kind betrifft; es wurde in diesem Falle von A. eine Gastroenterostomie gemacht. Das Kind starb 6 Stunden später. A. glaubt trotz der sehr zweifelhaften Operationsprognose, daß die Therapie nur eine chirurgische sein könne. Er unterscheidet mit Thomson vier Methoden, die in Betracht kommen: 1) Die Pylorektomie; diese ist bisher nur 1mal ausgeführt worden und tödlich verlaufen. 2) Die Dilatation des Pylorus, bisher 12mal mit 7 Heilungen gemacht. 3) Die Pylorusplastik. 4) Die Gastroenterostomie. Letztere Operation ist bisher 10mal mit 5 Heilungen vorgenommen worden und verdient nach A.'s Ansicht den Vorzug, weil sie den Pylorus selbst unversehrt läßt. **Stein** (Wiesbaden).

55) **Schenk und Sitzenfrey** (Prag). Gleichzeitiges Karzinom des Magens, der Ovarien und des Uterus, mit besonderer Berücksichtigung ihrer operativen Behandlung und der histologischen Befunde.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LX. Hft. 3.)

Obiger Aufsatz schildert an der Hand von vier ausgezeichnet illustrierten Beobachtungen die Entstehung sekundärer Karzinome im Genitalsystem des Weibes nach primären Magenkrebsen. Besonders charakteristisch ist ein Gallertkrebs sowie eine Geschwulst von der Bauart der sogenannten Krukenberg'schen Geschwulst. In allen Beobachtungen war die sekundäre Entstehung der Genitalaffektion sicher. Der Weg jedoch, den das Karzinom bei seiner Metastasierung vom Magen bis in die Ovarien genommen hat, ist nicht sicher zu eruieren. Verff. glauben an die Möglichkeit einer Oberflächeneinpflanzung von im Bauch verstreuten Krebszellen. Der dem Ref. wahrscheinlichere retrograde Lymphbahntransport wird aber ebenso objektiv als möglich hingestellt. Von den Eierstöcken wächst das Karzinom in den Lymphbahnen der Ligamente per continuitatem in den Uterus hinein. Verff. machen darauf aufmerksam, daß die Chirurgen bei der operativen Entfernung von Magengeschwülsten durch gleichzeitige Kastration, namentlich bei Frauen vor dem Klimakterium zur Klärung der Metastasierungsfrage der Magenkrebse erfolgreich beitragen könnten. In vorgeschrittenen Fällen mit Ovarialvergrößerung ist auch der Uterus zu exstirpieren. **Kroemer** (Berlin).

56) **Helmholz.** Two cases of atresia of the small intestine.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital 1907. September.)

Kuliga hatte 1903 im ganzen 185 Fälle von angeborener Atresie des Dünndarmes zusammengestellt. Seitdem sind, einschließlich der zwei Fälle des Verf.s, 14 neue Fälle publiziert worden, die in der Literaturübersicht am Schluß der Arbeit angeführt sind.

Im ersten H.'schen Falle handelte es sich um einen ausgetragenen Knaben, der auffallend cyanotisches Aussehen hatte, $5^1/_2$ Pfund wog, nicht erbrach und am 2. Tage nach der Geburt starb.

Die Sektion ergab, daß er eine offene Kommunikation beider Herzohren und beider Herzventrikel hatte. Außerdem bestanden Bronchopneumonie, Leber- und

Pankreascirrhose, chronische fibröse Peritonitis, abnorme Verteilung der Mesenterialgefäße und mehrere Strikturen des Ileum.

Die abnorme Verzweigung der Mesenterialgefäße hängt aber offenbar nicht mit den Darmatresien zusammen, da an diesen Stellen die Gefäßversorgung gerade so reichlich ist wie an den normalen.

Die mikroskopische Untersuchung der drei Atresien ergab, daß sie alle als angeboren angesehen werden müssen. Zwar geht die epitheliale Auskleidung ganz verloren, aber die übrigen Teile der Darmwand, selbst die Zotten, sind durch den ganzen Strang hindurch zu verfolgen.

An Stelle der Gallenblase lag auch eine bindegewebige Masse. In ihrem Innern sah man einige Cysten mit kubischem Epithel.

Die Milz bestand aus fünf voneinander getrennten Lappen.

Große Abbildung der Organe der Bauchhöhle mit Injektion aller Gefäße.

Das Geschlecht des zweiten, ebenfalls ausgetragenen Kindes ist nicht angegeben.

Es hatte Erbrechen, wurde deswegen operiert (Enterostomie), starb aber am 3. Lebenstage.

Es bestand eine angeborene Atresie des Jejunum, diphtherische Enteritis mit Perforationsperitonitis; außerdem war eine zweite Atresie vorhanden, aber nicht kongenitalen, sondern sekundären entzündlichen Ursprunges.

Die angeborene Atresie hatte das gleiche Aussehen wie die des vorigen Falles, die Struktur des Darmrohres war erhalten, nur das Epithel fehlte.

Oberhalb der Perforation bestand die andere Atresie. Sie hatte, wie das Mikroskop lehrte, eine entzündliche Ursache, da alle Elemente bis auf eine bindegewebige Hülle völlig in Nekrose aufgegangen waren mit starken entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung.

Als Ursache für Atresien hatte Kuliga in 1% seiner Fälle Intussuszeption gefunden; von den 14 seither publizierten verdanken drei dieser ihre Entstehung.

W. v. Brunn (Rostock).

57) **Fabyan.** Leiomyomata of the gastro-intestinal tract, associated with fibromata mollusca, and subcutaneous hemangiomata.

(Bulletin of the Johns Hopkins hospital. 1907. September.)

Die Oberhaut einer Frau von 67 Jahren war, besonders am Truncus, ganz dicht besetzt von Fibromata mollusca, wie ein Photogramm demonstriert.

Die Sektion ergab das Vorhandensein von über ein Dutzend Leiomyomen des Magens von mehreren Millimetern Durchmesser; eine gleiche Geschwulst fand sich im oberen Teile des Ileum von 15 : 13 mm Durchmesser. Kein Uterusmyom. Subkutane Hämangiome.

W. v. Brunn (Rostock).

58) **S. White.** Acute volvulus of the vermiform appendix; operation; recovery.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 12.)

Der bekannte Chirurg fand bei einem 5jährigen Kinde nach einem Trauma einen geschwollenen, dunklen, entzündeten Wurmfortsatz, der an seinem Ansatze zwei vollständige Drehungen um die Längsachse aufwies. Entfernung. Heilung. Verf. hält diesen Fall von akutem Volvulus des Wurmes für einzig in der Literatur.

Weber (Dresden).

59) **Donoghue.** Successful treatment of acute postoperative ileus.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 15.)

In Fällen, wo kein anderes Mittel zum Ziele führt, öffnet D. die Operationswunde wieder, punktiert oder inzidiert die geblähten Darmschlingen, entleert sie und schließt sie dann wieder durch Naht. In Blind- oder aufsteigenden Dickdarm legt er ein Drainrohr ein.

Von vier nach diesem Verfahren operierten Frauen wurden drei am Leben erhalten und ganz gesund; die Darmfistel schloß sich spontan. Der vierte Fall, wo keine Dickdarmfistel angelegt worden war, endete tödlich.

W. v. Brunn (Rostock).

60) **Craig.** The prevention and treatment of postoperative intestina obstruction.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 15.)

Verf. ist von der guten Wirkung des Eserins auf Grund seiner Erfahrungen fest überzeugt. Er gibt es vor Laparotomien stets prophylaktisch und hat noch niemals üble Folgen von seiner Anwendung gesehen, auch bei Kindern nicht.

In einem Falle eigener Beobachtung und zweien, die ihm von Stone zur Publikation zur Verfügung gestellt wurden, und die er ausführlich mitteilt, gelang es, mit Hilfe des Eserins bedrohliche Symptome von Darmparese nach Laparotomien schnell zum Verschwinden zu bringen. Die prophylaktische Dosis ist $^1/_{40}$ g subkutan. **W. v. Brunn** (Rostock).

61) **T. Mursell.** A case of retroperitoneal haematocele producing acute intestinal obstruction.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 12.)

Eine 39jährige Frau erkrankt 12 Tage nach der normal verlaufenen Entbindung unter den Zeichen eines Ileus und dem Größerwerden einer seit einem früheren Wochenbette bereits bestehenden harten Geschwulst der linken Bauchgegend. Die Operation deckte einen großen retroperitonealen Bluterguß auf, der den Dickdarm vorwärts und auswärts geschoben und ganz plattgedrückt hatte und mit derber Kapsel umgeben war. Entleerung des aus altem und frischem Blute bestehenden Kapselinhaltes und Einnähung der Kapselränder. Heilung. Über die Entstehung dieser retroperitonealen Blutung wagt M. keine entscheidende Antwort zu geben.

Weber (Dresden).

62) **Childe.** A case of successful resection of nine and a half feet of small intestine for gangrene.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

Eine 59jährige Frau mit großem Schenkelbruch erkrankte an Ileus. Die Operation deckte als Inhalt des Bruches eine 60 cm lange brandige Schlinge auf, die sich nach dem Bauche zu in weitere brandige Darmschlingen von 270 cm Länge fortsetzte. Resektion von 285 cm Dünndarm, Enteroanastomose zwischen Dünn- und Blinddarm. Heilung. Ursache für die Gangrän war eine Embolie der Art. mesenterica superior. Unter langsam zunehmender Anämie und Abmagerung wegen Unmöglichkeit genügender Ernährung trat 7 Monate nach der Operation der Tod ein. In der englischen Literatur findet sich kein Fall, in dem ein so großes Stück Dünndarm mit zunächst günstigem Erfolg entfernt wurde. **Weber** (Dresden).

63) **L. Mummery.** Lesions of the sigmoid flexure as a cause of colitis.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

Unsere Kenntnis von den Erkrankungen der Flexura sigmoidea hat große Fortschritte gemacht seit der Möglichkeit, mit Instrumenten Mastdarm und Flexur direkt zu besichtigen. Eine Kolitis ist in der großen Mehrzahl der Fälle die Folge einer oder mehrerer lokaler Erkrankungen des Kolon. Zu ihrer Behandlung gilt es, diese Stelle mit dem Sigmoideoskop ausfindig zu machen. Die Anwendung des Instruments hat M. noch nie Gefahr oder Nachteile gebracht, wie sie in der Literatur beschrieben worden sind. Kommt man hiermit und unter Zuhilfenahme der bimanuellen Tastung und der genauen Stuhluntersuchung nicht zum Ziele, so bleibt nur die Laparotomie übrig. Verf. bespricht die verschiedenen, ineinander

übergehenden Formen der Sigmoiditis: die einfache, granulierende, hypertrophische, follikuläre und ulzeröse, und deren Behandlung an der Hand seiner Erfahrung an 36 Fällen von Kolitis. Von diesen entpuppten sich durch die Untersuchung sieben als Krebse. Diese letzteren unterscheiden sich in ihren Symptomen anfänglich in keiner Weise von einfachen Kolitiden! Bei der Behandlung der Kolitis empfiehlt M. eine reichliche, breiige, butter- und fettreiche Kost, warnt aber vor Milch, die das Bakterienwachstum fördert. **Weber** (Dresden).

64) **P. Babbe.** Ein Fall von Wandermilz, geheilt durch Splenopexie. Inaug.-Diss., Kiel, 1907.

38jährige Frau, die drei normale Geburten durchgemacht hatte, klagte seit 3 Jahren über kolikartige Schmerzen in der linken Lendengegend. Seit 1/4 Jahr war der Harn blutig.

Bei der kräftigen Frau fand man den unteren Leberrand zwei Fingerbreiten unterhalb des Rippenbogens tastbar, die Milz beweglich und tief nach unten und lateral verschoben, die linke Niere fühlbar, die Bauchdecken sehr weich bei ausgesprochener Rectusdiastase. Der Harn enthielt mit Unterbrechungen Blut; der Harn der linken Niere erwies sich als minderwertig.

Bei der Operation (Helferich) am 12. Juli 1905 wurde der Schnitt dicht unter und parallel der 12. Rippe angelegt, an der hinteren Axillarlinie beginnend. Die Niere wurde aus der ungewöhnlich anhaftenden Fettkapsel ausgelöst und in einem neuen Lager mittels zweier die 12. Rippe umschlingender Catgutnähte befestigt. Dann wurde von einem zweiten Schnitt am Außenrande des linken M. rect. abdom. her die nur mäßig vergrößerte Milz freigelegt und durch zwei dicke Catgutnähte, die von innen her in je einen kleinen Hautschnitt oberhalb und unterhalb des Rippenbogens durchgeführt wurden, befestigt. Nach reichlich 5 Wochen wurde die Kranke beschwerdefrei entlassen.

Der zweite Schnitt machte sich notwendig, weil im ersten Schnitte, beim Versuch, auf die Milz vorzudringen, der Dickdarm im Wege war.

Der Dauererfolg war ein guter, insofern B. bei der Untersuchung zur Abfassung seiner Dissertation die Milz am Ort ihrer Befestigung fühlen konnte. **E. Moser** (Zittau).

65) **N. Beresnegowski.** Zur Frage der morphologischen Veränderungen der Leber nach Unterbindung der Leberarterie. (Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Zu dem in der Überschrift bezeichneten Thema, das bisher, speziell soweit die menschliche Leber in Frage kommt, noch keine befriedigende Bearbeitung gefunden hat, bringt B. aus dem pathologisch-anatomischen Institut (Prof. F. I. Romanow) der Universität Tomsk interessantes Material bei.

Im Laufe eines Jahres entwickelte sich bei der 46jährigen Pat. im rechten Hypochondrium unter ziehenden Schmerzen eine Geschwulst. Koliken oder Ikterus traten nicht auf, Magen und Darm machten keine Erscheinungen. Unter dem rechten Rippenpfeilerrand fand sich bei der ersten Untersuchung eine Geschwulst von der Größe des Kopfes eines Neugeborenen. Sie war derb, höckerig, nach allen Richtungen verschieblich. Operation (Prof. P. I. Tichow): die von der Gallenblase ausgehende Geschwulst hatte den anliegenden, ausgezogenen Leberlappen durchwachsen. Die 12 cm breite Verbindungsbrücke war mit Magen und Därmen durch vielfache Verwachsungen verbunden. Der Ductus cysticus und die Verwachsungen wurden zwischen Ligaturen durchtrennt. Die Leberarterie wurde nicht sichtbar, ihr rechter Ast aber wurde unabsichtlich unterbunden. Tamponade. Nach ca. 72 Stunden starb Pat.

Sektion: Die rechte Leberhälfte sah lehmig aus. In diesem Gebiet lagen zahlreiche weißlich-gelbliche unregelmäßige Flecken, bis zu mehreren Quadratzentimetern groß. Auf Querschnitten durch die Leber sah man die gleichen Flecken in größerer Zahl, ausgesprochener weiß, jeder Fleck von einem dunkel-

roten Ring umgeben. In den stärkeren Pfortaderästen waren Thromben zu sehen. Die Art. hepatica war frei. Die Veränderungen betrafen den rechten Leberlappen in seiner ganzen Masse bis auf 3 cm an eine in der Richtung des Lig. suspensorium gedachte Ebene. Die linke Leberhälfte war normal. Rechts war das Parenchym weich, brüchig, die nekrotischen Partien fester. Der rechte Ast der Leberarterie war unterbunden, der linke durchgängig. Die Pfortader war ebenfalls durchgängig trotz zweier wandständiger Ligaturen. Im Choledochus ein haselnußgroßer Stein. Der Tumor erwies sich mikroskopisch als Karzinom.

Mikroskopische Untersuchung der Leber: Bei schwacher Vergrößerung erscheint die Leberzeichnung völlig erhalten. Das Protoplasma färbt sich gut mit Eosin und Orange, während keine Kernfärbung zu erzielen ist. Bei starker Vergrößerung sind weder Zellgrenzen noch Kerne zu erkennen. An vielen Stellen sind nekrotische Herde von der Leberkapsel durch mehrere Reihen normal gefärbter, offenbar von Kapselgefäßen ernährter Zellen getrennt. Die nekrotischen Partien sind von anscheinend noch lebendem Gewebe durch eine Demarkationszone getrennt: tote Zellen, zwischen den Bälkchen Lymphocyten, die hier und da auch weiter in die nekrotischen Herde eindringen. Die Demarkationslinie umgeht Gefäße, auch thrombosierte. Letztere sind von einem Ringe von Leukocyten umgeben. Die Kapillaren in der Nähe der Demarkationszonen sind erweitert. Etwas weiter nach außen von diesen Zonen beginnt angedeutete Kernfärbung und damit parallel eine zunehmende Verengerung der Kapillaren. Die meisten Venen sind thrombosiert. In ihrer Umgebung findet sich kleinzellige Infiltration, ebenso um die Gallengänge. Die Kerne der Gallengangszellen färben sich bedeutend stärker als im gesunden linken Leberteil. Nirgends sind Kernteilungen zu sehen. Innerhalb der Nekrosen ist mit Weigert'scher Färbung kein Fibrin nachweisbar. Außerhalb der Demarkationszonen (im »halblebenden Gewebe«) wurde chemisch Kalk und Eisen nachgewiesen, und zwar stets gemeinsam in denselben Zellen als Albuminate. (B. weist darauf hin, daß nicht Koppel, wie allgemein zitiert wird, sondern 5 Jahre früher F. I. Romanow auf das gleichzeitige Vorkommen von Kalk und Eisen als erster aufmerksam gemacht hat.)

Weder in den Pfortaderästen noch in den Gallengängen Bakterienthromben.

V. E. Mertens (Kiel).

66) J. E. **Hagen-Torn.** Zur Frage der operativen Heilung des Echinokokkus.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

H.-T. hat in seinem Krankenhaus in Tambow in 3 Jahren 14 Fälle von Echinokokkus operiert, sämtlich mit Erfolg. Er kommt auf Grund seiner Erfahrung und eingehender Literaturstudien zu dem Resultate, daß die Methode von Bobrow bei weitem die beste sei. Das Verfahren besteht in Exstirpation des Sackes, Auswischen der Höhle mit Gaze, Füllung mit Kochsalzlösung und Verschluß durch Naht. Die Verwendung desinfizierender Flüssigkeiten hat keinen Zweck. Nähte mittels deren die Leber, event. vor Eröffnung der Blase, an das Peritoneum parietale fixiert war, müssen vor Schluß der Bauchhöhle entfernt werden, weil sonst die Obliteration der Höhle erschwert wird.

Die Kontraindikationen dieser Methode ergeben sich aus allgemein chirurgischen Gesichtspunkten (vorhandene oder zu erwartende Eiterung usw.).

V. E. Mertens (Kiel).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 6. Sonnabend, den 8. Februar 1908.

Inhalt.

(Aus der Kgl. chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin.
Direktor: Geheimrat Bier.

Epithelwachstum unter Einwirkung von Scharlach R.

Von

Prof. Dr. V. Schmieden.

In der Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 42 hat B. Fischer eine bedeutungsvolle Arbeit erscheinen lassen. Er hat gefunden, daß durch Einspritzung einer starken, öligen Lösung des Farbstoffes Scharlach R unter die Haut des Kaninchenohres eine lebhafte Epithelneubildung entsteht, ausgehend vom Oberflächenepithel und dem Epithel der Haarbälge. Die Neubildung folgt den eingespritzten Massen in die Tiefe, umlagert dieselben und bringt mikroskopische Bilder hervor, welche sich vom Hautkarzinom in nichts unterscheiden; freilich ist destruktives Wachstum weder von Fischer selbst mit Sicherheit gefunden, noch von denjenigen, welche sein Verfahren

nachgeprüft haben; außerdem läßt sich die Epithelneubildung nur solange unterhalten, als immer wieder neue Mengen des Scharlachöls nachgespritzt werden. Sonst sistiert dieses interessante Wachstum allmählich; das Epithel verfällt der degenerativen Hornbildung und Perlenbildung.

Fischer hat dieser Einwirkung des Farbstoffes eine ganz bestimmte Deutung gegeben; er glaubt durch Hervorrufen chronisch-entzündlicher Zustände einen Wachstumsreiz zu schaffen, gleichzeitig aber wirkt in demselben Sinne die von dem chemischen Körper ausgehende Chemotaxis und gibt die Wachstumsrichtung an. Diese Einwirkung soll spezifisch für die Epithelzelle sein. Fischer's Beobachtungen sind unzweifelhaft richtig; sie sind vielfach nachgeprüft und im wesentlichen bestätigt (Ritter, Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 11; Jores, ebenda Nr. 18; Geipel, ebenda Nr. 20; Stahr, ebenda Nr. 24; Wyss, ebenda Nr. 32); jedoch in der Deutung sind diese Autoren zum Teil im Widerspruch mit dem Entdecker Jores z. B. nimmt an, daß weniger ein Wachstumsreiz auf das Epithel stattfinde, als vielmehr eine Schädigung, die sich durch frühzeitige Verhornung kennzeichnet und zu einer Art Ersatzwucherung anregt. Somit muß die Fischer'sche Anschauung von der chemotaktischen Wirkung noch als nicht vollkommen bewiesen gelten, ebenso die Schlußfolgerungen, welche im zweiten Teil seiner Arbeit gezogen sind, und die sich auf die Entstehung bösartiger Geschwülste im allgemeinen beziehen; letztere bezeichnet auch der Autor selbst als hypothetisch.

Fischer wollte mit seinen Untersuchungen hochgradige Epithelwucherungen erzeugen; er betont aber selbst, daß trotz aller histologischer Ähnlichkeit das Resultat mit Karzinom nichts zu tun habe. Hierin muß man ihm unbedingt beipflichten; das, was man mit Scharlachöl erzeugen kann, wird niemals in eine Rubrik mit dem zu setzen sein, was wir klinisch einen Krebs nennen. Ob es nicht trotzdem dem manchmal jahrzentelang fast stationär bleibenden Cancroid der Haut oder seinen Vorstufen viel näher steht, als dieses dem medullären Krebs oder dem schnellwachsenden, schnell metastasierenden Karzinom der Zylinderzellen, das sei dahingestellt. Der Wachstumsreiz ist eben bei den echten Karzinomen ein fortwirkender, bei den experimentell erzeugten Tumoren jedoch nur ein begrenzter, vielleicht weil natürliche Hemmungen mitsprechen. Jedenfalls hat Fischer keine Karzinome erzeugen können; stets hielt sich die Wucherung im Rahmen einer chronisch verlaufenden, reaktiven Hyperplasie, niemals entstand ein Tumor. Ausgehend von der Anschauung, daß der in Lösung befindliche Farbstoff, dessen Resorption durch die Körpergewebe er nachweisen konnte, eine spezifische attraktive Wirkung auf Epithelgewebe ausübe, hat er selbst die Frage aufgeworfen, ob sich diese Eigenschaft nicht therapeutisch verwenden ließe. Mir ist nicht bekannt, ob dieser Vorschlag einmal praktisch zur Durchführung gelangt ist. Die nachfolgenden Mitteilungen sind geeignet, Fischer's

Nachtrag

zum Gesamt-Inhaltsverzeichnis des

Zentralblattes für Chirurgie

34. Jahrgang 1907.

Originalmitteilungen.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen.)

Infolge eines Irrtums ist der Inhalt der Nr. 32 des Zentralblattes für Chirurgie 1907 im Gesamt-Inhaltsverzeichnis 34. Jahrgang 1907 nicht mit aufgenommen worden. Wir überreichen Ihnen in Form eines Nachtrags dieses Inhaltsverzeichnis systematisch geordnet und bitten es dem Gesamtverzeichnis freundl. anzufügen.

Hypothesen von einer entzündungserregenden Wirkung und von dem chemotaktischen Einfluß des Scharlach R auf Epithelgewebe zu stützen.

Meine Versuche begann ich damit, daß ich eine Salbe herstellen ließ, welche den fettlöslichen Farbstoff, wie ihn die Firma Grübler liefert, in möglichst starker Konzentration enthielt. Die Apotheke Dr. A. Brettschneider (Berlin, Oranienburgerstr. 37) stellte mir diese Scharlachsalbe in 8%iger Lösung dar, und ich verband granulierende Stellen, die sich überhäuten sollten, damit, indem die Salbe in dünner Schicht auf Lint aufgestrichen wurde. Um den Farbstoff nicht durch den Verband dringen zu lassen, legt man etwas Watte oder auch ein Stückchen wasserdichten Stoff darüber. Mit dieser Art des Verbandes habe ich in einer Reihe von Fällen ganz unzweifelhafte Erfolge in dem Sinne erzielen können, daß das Epithel schnell von seinem Rande her nachwuchs und daß es eine sehr feste, dauerhafte Decke bildete; ich kann daher diese Methode zur Anwendung empfehlen, aber es sind dabei eine Reihe von Einzelheiten zu beobachten, die ich zur Vermeidung von Mißerfolgen schildern muß. Zunächst darf man damit nur reine Granulationsflächen behandeln, deren Beschaffenheit etwa diejenige sein muß, wie man sie für die Thiersch-sche Transplantation verlangt; die Granulation muß frischrot, nicht belegt, nicht ödematös gequollen, sondern flach sein; sie muß die Eigenschaft haben, wie sie auch sonst zur spontanen Epithelisierung erforderlich sind. Der Versuch, noch unreine granulierende Flächen, z. B. bei chronischen Beingeschwüren, mit dieser Salbe zu behandeln, erwies sich als ganz zwecklos. Die unmittelbare Wirkung des beschriebenen Verbandes ist nun die, daß die Granulationen grau werden und gelegentlich auch etwas mehr eitern; der Farbstoff wirkt also zweifellos reizend. Aus diesem Grunde lasse ich einen solchen Verband nie länger als einen Tag liegen. Die Umgebung der granulierenden Stelle pflegt sich mit dem Farbstoff oberflächlich rot zu tingieren, so daß das vorher vorhandene Farbenbild sich gewissermaßen ausgetauscht hat. Bei der weiteren Behandlung muß es nun unser Ziel sein, die entzündliche nützliche Reaktion niemals so stark werden zu lassen, daß darunter das neugebildete, zarte Epithel zerstört wird. Abgesehen davon, daß man den ersten Verband nur 24 Stunden liegen läßt, muß man für die Dauer des folgenden Tages, bei sehr zarter, kindlicher Haut sogar für 2—3 Tage, einen einfachen Lanolinsalbenverband, oder einfache Ölumschläge folgen lassen, ehe man wieder Scharlachsalbe anwendet. Findet keine nennenswerte Reizung statt, so kann man auch an 2 Tagen hintereinander die rote Salbe auflegen. Vielleicht kann man auch die Konzentration der Salbe modifizieren. An kleineren Granulationsstellen bildet sich auch gelegentlich ein roter Schorf, unter dem dann schnelle Ausheilung stattfinden kann.

Mit anderen Stoffen als mit Scharlach R habe ich bisher noch keine Versuche gemacht; indessen habe ich noch einen anderen Modus der Anwendung mit Erfolg versucht. Früher habe ich vielfach für

gut gereinigte Granulationsflächen bei Beingeschwüren eine sehr gute Verbandsmethode gesehen und angewendet; es werden aus weichem Zinkpflaster 1—2 cm breite Streifen geschnitten und kleinere granulierende Stellen mit zirkulären Streifen dachziegelartig direkt damit bedeckt, und zwar unter scharfem Zug angelegt, indem die Streifen etwa $^3/_4$ um den Beinumfang herumgeführt werden. Unter dem die Granulationen flach drückenden Pflaster schiebt sich das Epithel oft wunderbar schnell vor. Ich ließ solches Zinkpflaster mit dem Farbstoff 10% imprägniert herstellen und habe es in geeigneten Fällen mit gutem Erfolg verwandt. Auch hier ist es ratsam, den Verband nur einen Tag liegen und die ursprüngliche Reaktion nicht zu stark werden zu lassen.

Wie gesagt, habe ich die Bildung von sehr dicker Epitheldecke beobachten können; z. B. war es möglich, einen bemerkenswerten Erfolg bei einem neugeborenen Kinde zu erzielen, welches auf einer großen Spina bifida ein zweimarkstückgroßes Dekubitalgeschwür hatte. Die Bildung einer festen Epitheldecke ermöglichte die spätere Operation unter aseptischen Verhältnissen. Ferner führe ich einen nach Mammaexstirpation zurückgebliebenen Epitheldefekt hier an, der monatelang vergeblich behandelt, auch ohne Erfolg transplantiert war. Er heilte schnell und endgültig unter Scharlachsalbe. Weiter sind mehrere Fälle von Verbrennungen in gleicher Weise behandelt; bei einer Frau waren an Brust und Arm große Defekte vorhanden, in welchen sich Epithelinseln befanden. Nach Reinigung der Flächen führte die Scharlachsalbe zu einem interessanten Bilde, das sich leider auch photographisch nicht fixieren ließ. Von einem Tag zum anderen bildeten sich breite Ringe neugebildeten Epithels um die Inseln und vom Rande her, so daß die angesichts der Größe der Defekte erwogene Transplantation nicht mehr in Frage kam. Ich will diese Fälle unter Augen behalten, um zu sehen, wie sich das Epithel später verhält, und ob die unangenehme spätere Narbenschrumpfung vielleicht durch das gute dicke Epithel geringer bleibt als sonst.

Man kann natürlich die Frage aufwerfen, ob angesichts der von Fischer erzeugten, im mikroskopischen Bilde dem Cancroid ähnlichen Neubildungen nicht die Gefahr vorliegt, daß einmal der vermehrte Wachstumsreiz auf Epithel bedenklich werden könnte. Ich glaube, daß man diese Bedenken zerstreuen kann; denn einerseits ist die Anwendung hier abolut oberflächlich, während im Tierexperiment das Epithel dem subkutan gelagerten Fremdkörper in die Tiefe folgte; andererseits ist doch Epithelwachstum und Krebsbildung zweierlei, und wir wenden ja auch trotz unserer Kenntnis der »Paraffinkrebse« Paraffin in Salben, ja bei subkutanen Injektionen, wo es dauernd wirken kann, ganz unbedenklich an.

Auch im mikroskopischen Bilde konnte ich in einem Falle das neugebildete Epithel besichtigen; es war in dem erwähnten Falle von Spina bifida, bei welchem bei der Operation ein Teil des Sackes exzidiert wurde. Das Epithel ist kräftig und sieht absolut wie die

normale Oberhaut aus, alle Schichten sind darin nachweisbar. Das mikroskopische Bild bestätigt also die klinische Beobachtung, daß es sich um sehr lebensfähiges Epithel handelt.

Ich bin zu der Ansicht gekommen, daß wir in dem beschriebenen Verfahren ein nützliches Hilfsmittel gewonnen haben, um gereinigte, granulierende Flächen fest zu verschließen, wenn uns irgendeinem Grunde die Transplantation nicht am Platze ist.

Berlin, den 17. Januar 1908.

---

1) **Burkhardt-Polano.** Die Untersuchungsmethoden und Erkrankungen der männlichen und weiblichen Harnorgane für Ärzte und Studierende in XVII Vorlesungen. 369 S. mit 105 Abbildungen im Text und 3 farbigen Tafeln.

Wiesbaden, J. F. **Bergmann**, 1908.

Den beiden Verff. ist es im vorliegenden Buche in ausgezeichneter Weise gelungen, dem Studierenden und besonders dem allgemeinen Praktiker, für welchen die größeren Spezialwerke zu umfangreich sind, eine kurze und doch erschöpfende Darstellung der modernen Untersuchungsmethoden und heutigen Anschauungen in der Urologie zu geben.

Wenn dem praktischen Arzt auch meist Zeit und Übung fehlen werden, um den Harnleiterkatheterismus, die Kryoskopie usw. selbst auszuführen, so muß er doch über die Leistungsfähigkeit dieser Methoden unterrichtet sein; das gewährt ihm das Buch. Andererseits gereicht es diesem zum Vorzug, daß auch die älteren Untersuchungsmethoden voll berücksichtigt sind und eine den Bedürfnissen des Praktikers angemessene Beschreibung gefunden haben.

Auch der Chirurg von Fach wird das Buch nicht ohne Interesse lesen, da in ihm die Anschauungen der Würzburger chirurgischen und gynäkologischen Klinik zum Ausdruck kommen. Der große Wert der funktionellen Nierendiagnostik wird anerkannt. Der suprapubischen Prostatektomie wird der Vorzug vor der perinealen eingeräumt. Für die Diagnose der Nierentuberkulose wird die Tastung des erkrankten und daher verdickten Harnleiterendes von Scheide oder Mastdarm aus betont.

Das Kapitel über die nervösen Erkrankungen der Harnorgane ist von Rostoski-Dresden bearbeitet. Im Anschluß an die Verletzungen der Harnorgane werden die Beziehungen zur Unfallgesetzgebung behandelt; einer besonderen Besprechung ist ferner die Urologie im Kindesalter unterzogen. In einem Anhang finden wir schließlich eine Beschreibung der wichtigsten Operationen und eine Sammlung von Rezepten.

Die Abbildungen sind gut. Die Ausstattung des Buches macht dem bekanten Verlag Ehre, zumal der Preis (10 M.) gering ist.

Boerner (Rastatt).

---

2) **V. Blum.** Symptomatologie und Diagnostik der urogenitalen Erkrankungen. 1. Teil. 218 S.

Wien, **Franz Deuticke,** 1908.

Verf. ist Assistent an v. Frisch' urologischer Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik; er hat das Buch seinem Lehrer und Chef gewidmet. Das Gesamtgebiet der urologischen Diagnostik ist von ihm in drei Teile eingeteilt worden: 1) die funktionellen Symptome von seiten der Harnorgane; 2) die funktionellen Symptome von seiten der männlichen Geschlechtsorgane, und 3) die Symptomatologie des pathologisch veränderten Harns. Bisher liegt nur der 1. Teil vor. Verf. hat das nach Qualität und Quantität jedenfalls sehr reichhaltige Krankenmaterial in ausgezeichneter Weise verwertet. Sobald das Buch vollständig vorliegt, werden wir nochmals darauf zurückkommen. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

3) **S. de Mendoza.** Diagnostico y tratamiento de las enfermedades de las vias urinaries. 790 S.

Madrid 1908.

Das ausgezeichnet ausgestattete, mit vielen Tafeln und Abbildungen versehene Werk ist das erste Spezialhandbuch der Urologie in spanischer Sprache. Im ersten Teile werden die allgemeinen Untersuchungsmethoden der Harnorgane abgehandelt; im zweiten bis fünften Teile folgen ausführlich die speziellen Erkrankungen der Prostata, der Blase, der Harnröhre, der Harnleiter und der Nieren. In dem letzten Teile des Buches werden als Anhang die Urinintoxikationen besprochen. Die Sprache ist flott; die Einteilung des Stoffes übersichtlich. Überall ist die direkte Anrede an den Leser gewählt. Das Buch stellt sich deutschen und französischen Werken der gleichen Disziplin vollwertig zur Seite. **Stein** (Wiesbaden).

---

4) **M. Nitze.** Lehrbuch der Cystoskopie, ihre Technik und klinische Bedeutung. 2. Auflage.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1907.

Die Besorgnis, daß die erwartete zweite Auflage des 1889 erschienenen klassischen Lehrbuches der Cystoskopie mit dem am 22. Februar 1906 plötzlich erfolgten Tode N.'s unvollendet bleiben würde, hat sich glücklicherweise als grundlos erwiesen.

Das hinterlassene Manuskript wurde grundsätzlich ohne Änderungen an dem Original von Weinrich und Jahr, den Schülern des Meisters, wie wir aus der trefflichen, den Lebensgang und das Lebenswerk des Begründers der Technik und des klinischen Gebietes der cystoskopischen Urologie behandelnden Einleitung Kutner's erfahren, in ursprünglicher Gestalt herausgegeben.

Zwar finden wir die Haupteinteilung des Materials der ersten Auflage entsprechend gegliedert, auch die Einteilung in die früheren drei Hautabschnitte beibehalten, aber in der alten meisterhaften Dar-

stellungweise einen um die Arbeit von 16 Jahren vergrößerten Stoff bewältigt, vermehrt durch eigenes Schaffen und eigene Erfahrungen des Autors und durch die Mitarbeit seiner Schüler. Denn N.'s Schüler sind, wie Kutner treffend bemerkt, »im weiteren Sinne alle, die in den letzten 25 Jahren mit dem Fache der Harnleiden sich beschäftigt haben«.

Der erste Teil des Werkes, »die Theorie und Technik der cystoskopischen Untersuchungsmethode« hat zunächst eine wesentliche Erweiterung in dem Kapitel erfahren, welches die Beschreibung und Behandlung der cystoskopischen Instrumente und deren Nebenapparate enthält, in dem dabei auch die Fortschritte objektiv gewürdigt werden, die andere Autoren herbeiführten. Ferner werden viel ausführlicher wie früher und besonders reich illustriert die in Betracht kommenden anatomisch topographischen Verhältnisse der Harnorgane dargestellt.

In dem zweiten Teile, der »den endoskopischen Befund der gesunden und kranken Harnblase« behandelt, ist ein ganz neuer Abschnitt »über die Pathologie der Harnleitermündung« eingefügt, ebenso ein mit »Varia« bezeichneter Teil, in dem u. a. die Blasenbefunde bei Tabes, Lues, Soor, Bilharzia und das dem Charakter des runden Magengeschwürs ähnliche Ulcus vesicae simplex, über dessen Vorkommen und Häufigkeit die Ansichten außerordentlich verschieden sind, besprochen werden.

»Die Bedeutung der Cystoskopie für die Diagnostik und Therapie der Harn- und Blasenleiden« bildet den Schlußteil mit den neuen Kapiteln der »Technik des Harnleiterkatheterismus«, der »Bedeutung der Cystoskopie für die Diagnose der Nierenleiden« und der ausführlichen Darstellung der »Exstirpation der Blasengeschwülste per vias naturales«.

Auf keinem Gebiete hat sich N. mehr in der Beherrschung der Technik ausgezeichnet wie auf dem letzteren; waren doch die operativen Erfolge auf diesem Gebiete wenigstens lange Jahre ausschließlich an seine Hand als die des Erfinders dieser Methode gebunden.

Besonders beachtenswert und eigenartig sind die Ausführungen über die Indikationen resp. Kontraindikationen des Harnleiterkatheterismus, den N. für »keinen harmlosen Eingriff« hält. Aus der Überzeugung, daß die gesunde Niere vor jeder Möglichkeit der Infektion bewahrt werden müsse, rührt die Konstruktion des Okklusivkatheters für den Harnleiter der kranken Seite her, um den Gesamtharn jeder Seite schon allein durch Eingehen in die kranke Seite gesondert auffangen zu können.

Aus den 14 cystoskopischen Bildern der ersten Auflage ist ein cystoskopischer Atlas von 11 Tafeln mit 64 zum Teil jetzt kolorierten vortrefflichen Reproduktionen geworden und dem Werke beigefügt.

Die Zahl von 133 Abbildungen im Texte (früher 26) gibt einen Begriff von der reichlichen Ausstattung des Buches, welches eine Zierde der deutschen Wissenschaft darstellt und dessen Studium hiermit jedem Fachgenossen dringend empfohlen wird. **Loewenhardt** (Breslau).

---

5) **Kotzenberg.** Unsere Untersuchungsmethoden bei Nierenkrankheiten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 345.)

Die vorliegende Arbeit will auf Grund einer erfolgreichen und langen Erfahrung die Methoden und den Untersuchungsgang zur Diagnose der Nierenkrankheiten schildern, wie sie an der Kümmell-schen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses sich herausgebildet haben. Die Einzelheiten zu diesem Thema sind aus den Veröffentlichungen Kümmell's und seiner Schüler zur Genüge bekannt, so daß auf deren Aufführung hier verzichtet werden kann; zur bequemen Orientierung sei die übersichtliche Darstellung zur Lektüre im Original empfohlen.

Zur Diagnose von Nierensteinen wird neuerdings die Röntgenaufnahme mit Erfolg herangezogen, doch ist eine exakte Technik und peinliche Vorbereitung des Pat. eine unerläßliche Vorbedingung für einen Erfolg.

Das souveräne Mittel zur Untersuchung der Arbeitsleistung der einzelnen Niere ist der Harnleiterkatheterismus. Zu diesem wird ein Cystoskop nach Schlagintweit mit einigen Modifikationen nach Kümmell verwandt. Bei Männern wird die Harnröhre mit β-Eukain anästhesiert. Die reingespülte Blase wird mit warmer Borlösung gefüllt und gefüllt erhalten. Bei schwer veränderten Blasen bediente man sich neuerdings zur Zufriedenheit der Sauerstoffirrigation als Vorbereitung zur Cystoskopie.

Der getrennt aufgefangene Urin wird nach bekannten Regeln chemisch und bakteriologisch untersucht. Zur Untersuchung auf Harnstoff, die bereits Anhaltspunkte für die Nierenfunktion gibt, wird als einfachstes Instrument der Esbach'sche Urimeter empfohlen.

Unter den Methoden zur Prüfung der Gesamtarbeitsleistung der Nieren wird an dem vielfach angefochtenen Werte der Krysoskopie festgehalten, dagegen der Phloridzinmethode nur wenig Bedeutung beigemessen. Die Chromocystoskopie erleichtert in schwierigen Fällen die Auffindung der Harnleiter und kann bei großer Übung durch Farbenschätzung auch relative Werte für die Schätzung der Nierenfunktion ergeben.

Alle diese Methoden, deren Übung nicht allein an die urologischen Spezialisten übergehen, sondern in der Hand aller Chirurgen verbleiben sollte, vermögen durch zweckmäßige Kombination bereits ein ziemlich sicheres Urteil über die Funktion der Niere herbeizuführen.

Reich (Tübingen).

---

6) **Suter.** Zur Ätiologie der infektiösen Erkrankungen der Harnorgane.

(Zeitschrift für Urologie Bd. I. Hft. 2—4.)

Auf Grund einer überaus sorgfältigen, auf 211 bakteriologisch untersuchten Fällen und auf genauestem Literaturstudium beruhenden Untersuchung kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen:

Die tuberkulösen Affektionen der Harnorgane zeichnen sich durch einen auf gewöhnlichen Nährböden sterilen Urin aus; sekundäre Infektionen mit banalen Harnbakterien sind fast immer die Folge instrumenteller Infektion und relativ selten.

Das Bakterium coli kann auf hämatogenem Wege und durch die Harnröhre in die Harnorgane gelangen. Der hämatogene Weg führt gewöhnlich zur Infektion der Nierenbecken, seltener zur Infektion der Blase. Der urethrale Weg führt zur Infektion der Blase und von da aufsteigend zur Infektion der Nierenbecken. Je nach seiner Virulenz veranlaßt das Bakterium coli bald Bakteriurie, bald Eiterung von den leichtesten bis zu schweren Graden. Das Bakterium coli ist der in den Harnwegen am häufigsten vorkommende Mikroorganismus.

Die Cystitis wird in den akuten Formen meist durch Kokken, in den chronischen meist durch Colibakterien, die mit Kokken oft vergesellschaftet sind, bedingt. Cystitis kann veranlaßt werden durch Kokken, die den Harnstoff nicht zersetzen; häufiger wird sie durch harnstoffzersetzende Kokken veranlaßt. Bei der Infektion mit harnstoffzersetzenden Mikroben ist der Urin bald sauer, bald alkalisch. Die Kokken haben viel weniger Tendenz, aus der Blase in die oberen Harnwege vorzudringen, als die beweglichen Colibakterien; hingegen bedeutet ihr Eindringen für die Niere und den Organismus eine große Gefahr.

Die Therapie beseitigt die Colibakterien nur schwer aus den Harnwegen, auch wenn sie nur in die Blase gelangt sind, während die Kokkencystitiden viel leichter zu heilen sind.

Willi Hirt (Breslau).

---

7) **O. Zuckerkandl.** Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Bei der Freyer'schen Methode entsteht eine von glatter, derber Membran begrenzte Wundhöhle, zu primärer Vereinigung ganz ungeeignet; dabei kann also nur Drainage der Höhle und der Blase die angezeigte Art der Versorgung sein. Um die perineale Methode der glatten Freyer'schen Ausschälung in ihrer technischen Leistungsfähigkeit gleichzustellen, muß man auf Schonung der Harnröhre verzichten. Z. schildert seine daraufhin modifizierte Methode. Querer Prärektalschnitt, Bloßlegung der Prostata, Spaltung der Kapsel, Vorziehen der Prostata mit Bohrern und stumpfe Lösung, bis sie nur noch wie auf die Harnröhre aufgereiht ist. Diese wird dann so weit als möglich zentral durchtrennt. Über einem Gummikatheter werden die Harnröhrenstümpfe mit einigen Nähten aneinander geheftet, die Höhle locker tamponiert, die Wunde verkleinert. Die Harnröhrenvereinigung ist Z. in jedem Fall ohne Zug gelungen.

Im ganzen hat er 60 Pat., 30 perineal, 30 transvesikal operiert. 11 sind im Anschluß an die Operation bzw. 4—6 Wochen nacher ge-

storben an Coma diabeticum, Niereninsuffizienz, Septhämie, Blutung, Pneumonie, Lungenabszeß, Herzinsuffizienz.

Von den perineal Operierten sind 4, von den transvesikalen 7 (davon 2 ausgeblutete Prostatiker) gestorben.

Um die Gefahr der Blutung zu vermeiden, muß die Enukleation in der richtigen Schicht erfolgen und vollständig sein. Mastdarmverletzungen sind nur bei der perinealen Methode beobachtet worden.

In Zukunft will Z. bei solchen die Operation erst nach Heilung der Verletzung suprapubisch beenden.

Alle suprapubisch Operierten heilten vollständig, von den perinealen 2 mit perinealen Fisteln und 3 mit Harnröhren-Darmfisteln, die aber kontinent sind. Inkontinenz ist bei perinealer Operation ausgeprägter, doch gewinnen die Pat. in der Regel die Kontinenz wieder. Bei Operation vom Damm aus trat regelmäßig Verlust der Potenz ein, auch bei Keilexzisionen ohne Eröffnung der Harnröhre; bei den suprapubischen Fällen bleibt die Potenz meist erhalten. Z. führt den Ausfall auf Nervendurchschneidungen beim Perinealschnitt zurück.

Nur bei 2 Pat. trat später wieder Retention ein: bei einem entstand in der Narbe ein Karzinom, bei dem zweiten war nur eine partielle Exzision möglich gewesen.

Die von Rovsing behaupteten psychischen Störungen, sogar Selbstmorde, hat Z. nie gesehen. Im Gegensatz zu Rovsing hält er auch die Hypertrophie des zweiten Stadiums nicht mehr für gutartig, die des dritten für tödlich. Das entspricht wohl auch der allgemeinen Anschauung. Die Vasektomie erklärt Verf. für die unbrauchbarste der unverläßlichen Methoden.

Z. will nicht wie Kümmell jeden zum Katheterismus genötigten Prostatiker operieren, sondern nur solche, bei denen die konservativen Methoden nicht ausreichen. Bezüglich der Methode der Operation hält er jede für gangbar, wenn man sie beherrscht. Es scheint ihm aber, als ob der suprapubischen wegen geringerer Verletzung der Harnröhre, geringerer Ausfallserscheinungen, Unmöglichkeit der Mastdarmverletzung und des Mastdarmdekubitus, sowie einfacherer Nachbehandlung der Vorrang einzuräumen ist. Die kombinierten Methoden haben keine Berechtigung. **Renner** (Breslau).

8) **Kapsammer.** Über kompensatorische Hypertrophie der Niere. (Aus der Abteilung für Krankheiten der Harnorgane der Wiener allgemeinen Poliklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Kurze Besprechung der anatomischen und funktionellen Kompensation, besonders der letzteren, deren Erforschung noch zu wenig Beachtung gefunden hat und die für eine auszuführende Nephrektomie von hoher Bedeutung ist. Die Mehrleistung können wir durch die Indigkarminprobe und Harnleiterkatheterismus feststellen.

Renner (Breslau).

9) **Mareille.** Methode conservatrice dans les contusions rénales.

(Revue pratique des malad. des organes génito-urinaires. Quatrième année. Nr. 23.)

Verf. empfiehlt bei renalen Blutungen nach Kontusionen, die nicht so beträchtlich sind, daß sie die Nephrektomie erfordern, das Anlegen eines Netzes um die Niere. Dieses Netz, einem weitmaschigen Fischnetz vergleichbar, wird hergestellt aus Catgutfäden, die an einem Ende zusammengeknotet und im übrigen Verlauf durch Knoten zu zwei und zwei so miteinander verknüpft werden, daß eben ein netzartiges, unten zunächst noch offenes Gebilde entsteht. Dieses netzartige Gebilde wird der verletzten Niere übergestülpt und dann am unteren Ende ebenfalls fest zugeknotet, so daß eine feste, zirkuläre Umschnürung des ganzen Organes erfolgt. Das Vorgehen ist durch einige instruktive Zeichnungen verdeutlicht. **Willi Hirt** (Breslau).

---

10) **C. E. M. de Sajous.** Le rôle du produit de sécrétion des glandes surrénales dans la circulation et la respiration.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 18.)

Bei der praktischen Wichtigkeit, die die Nebennierenextrakte für uns gewonnen haben, dürften folgende kurze, physiologische Notizen von Interesse sein.

Durch eine ziemlich internationale experimentelle Zusammenarbeit scheint jetzt festgestellt zu sein, daß das »Produkt der Sekretion der Nebennieren direkt in das Venensystem übergeht« und ausschließlich durch die V. cava dem Herzen, zugeführt wird, auf dessen Muskulatur es unmittelbar und schnell einwirkt. Als Sekretionsprodukt werden lichtbrechende, hyaline Körnchen (Granules réfringents et hyalins) angesehen, die eine sehr lebhafte Affinität zu Sauerstoff haben, demgemäß in den Lungen dazu dienen sollen, den Sauerstoff an das Blut zu fixieren und nach S. nichts anderes sind als das, was andere Forscher als Oxydase bezeichnet haben.

Als die Abscheidung der wirksamen Substanz fördernder Nerv gilt der Splanchnicus.

Das Nebennierenprodukt leistet also dem Organismus wesentliche Dienste als Regulator der Energie der Herztätigkeit und als Förderer der Sauerstoffbindung an das Blut. **V. E. Mertens** (Kiel).

---

11) **Kownatzki** (Berlin). Die Venen des weiblichen Beckens und ihre praktisch-operative Bedeutung. 13 Tafeln und 2 Textabbildungen.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1907.

K.'s Atlas der Beckenvenen, den wir der Anregung seines Chefs Bumm verdanken, bietet dem Kliniker für Studium, Unterricht und für die Orientierung bei der Operation alle erforderlichen Daten und

*

Einzelheiten. Insbesondere zeigen die Tafeln die Verhältnisse der Venen an der Teilungsstelle der V. iliaca communis. Nicht immer vereinigen sich daselbst nach dem Arterienschema 1 V. iliaca externa und 1 V. iliaca interna (hypogastrica), sondern der oft sehr kurze Stamm der V. hypogastrica teilt sich in zwei Venen, welch letztere auch selbständig ohne gemeinsamen Auslauf in die V. iliaca communis einmünden können, so daß wir im sogenannten kleinen Gefäßdreieck drei Venenstämme finden, die K. folgerichtig als V. iliaca externa media und interna bezeichnet. Ebenso wichtig scheint mir der Nachweis der zahlreichen Anastomosen nach den Venen der vorderen Bauchwand und den Vv. vertebrales zu. — Der klare, knappe Text erläutert die Darstellungen und die praktische Wichtigkeit derselben für die Ausführung gewisser Operationen — so der Pubiotomie, der Sectio alta, der Mastdarmresektion usw. —, besonders aber der Venenunterbindung zur Bekämpfung der subakuten Pyämie. Die Bummsche Klinik hat das ursprüngliche Verfahren Trendelenburg's erfolgreich ausgebaut und durch eine strikte Indikation die Resultate gebessert. Wie wichtig die genaue Kenntnis der Venenverhältnisse bei diesen schwierigen Operationen werden kann, lehrt ein Einblick in die einschlägige Literatur. Unter 70 Fällen von Beckenvenenresektion oder -Unterbindung sind 4mal grobe Irrungen unterlaufen, und 1mal wurde sogar der Harnleiter an Stelle der V. hypogastrica unterbunden. Wer je das Verfahren an der Puerpera ausgeübt hat, wird gern den K.'schen Atlas zur Orientierung benützen. Das Werk ist in der für den Bergmann'schen Verlag typischen, vornehmen Art ausgestattet. Die Veneninjektionen wurden am anatomischen Institut Berlin unter Leitung des Anatoms Frohse, die Zeichnungen von dem Maler Frohse ausgeführt.

Kroemer (Berlin).

---

12) **Mansfeld** (Budapest). Zur Diagnose der Malignität am Uterus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LX. Hft. 3.)

Verf. schildert in seinem obigen Aufsatz die Schwierigkeiten, die dem Kliniker erwachsen, wenn er aus dem histologischen Bilde der ausgeschabten Schleimhautpartikel Folgerungen zu seinem therapeutischen Handeln ziehen will. In zweifelhaften Fällen entscheidet das klinische Bild. Als Beispiel dafür führt M. mehrere Beobachtungen von Adenoma portionis, von Adenoma malignum cervicis (ohne Atypie der Epithelformationen!) und Adenoma diffusum myometrii an; in allen Fällen war das histologische Bild gutartig. Trotzdem zwang der schwere klinische Verlauf (unstillbare Blutungen) zur vaginalen Totalexstirpation. Dem gegenüber betont Verf. die Möglichkeit, daß sichere Korpuskarzinome der Schleimhaut nach einfacher Abrasio bei hinzutretender Infektion ausheilen können; freilich wird man bei sicher gestellter Diagnose den Erfolg der Abrasio nicht abwarten, sondern möglichst radikal operieren. Ref. möchte wahre diffuse Adenome der

Portio, Cervix, sowie des Korpus-Myometrium für eine absolute Indikation zur Totalexstirpation ansehen. Im übrigen liegt die Quelle unstillbarer Blutungen durchaus nicht immer in dem Endometrium.

Kroemer (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

Varix aneurysmaticus.

Von

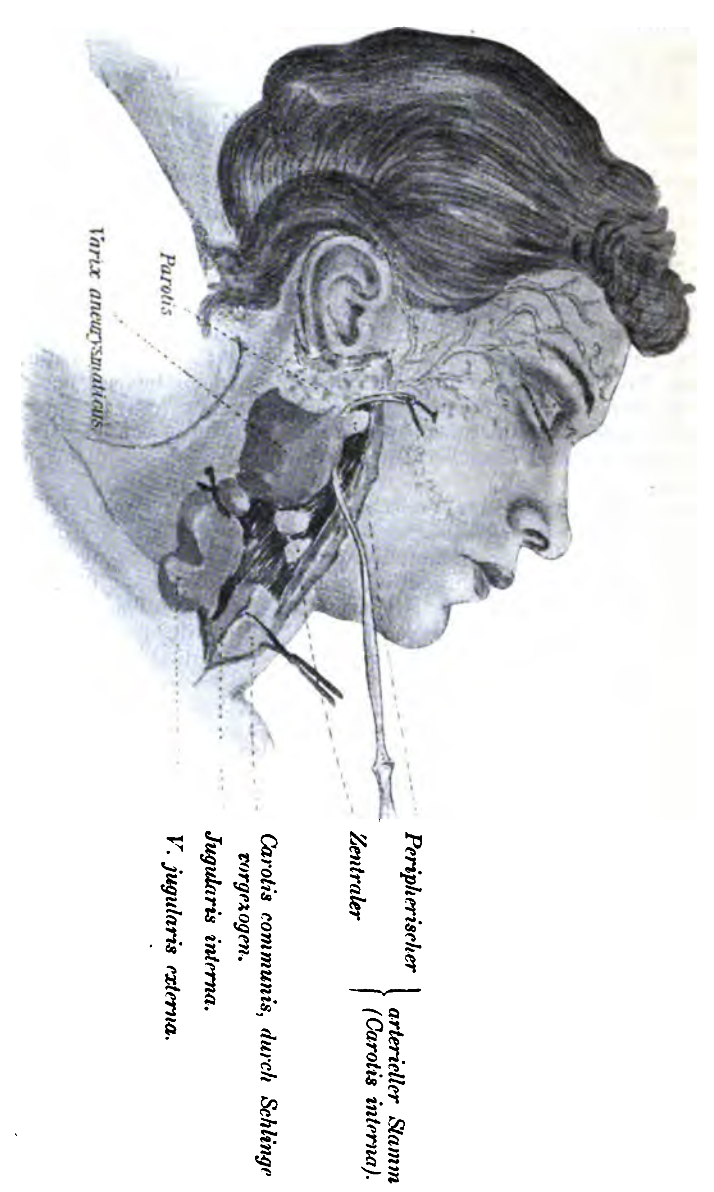
Dr. Herbing in Stettin.

Am 9. April 1906 wurde mir die 26jährige, unverheiratete E. W. wegen einer hühnereigroßen, pulsierenden und ein schwirrendes Geräusch darbietenden Geschwulst am rechten Unterkieferwinkel zugewiesen, welche vor 13 Jahren dadurch entstanden war, daß die Pat. mit einer spitzen Schneiderschere in der rechten Hand zu Falle kam und dabei beide Branchen der Schere in die rechte Halsseite stieß, die eine dicht vor, die andere dicht hinter dem M. sternocleidomastoideus, ungefähr in der Höhe des oberen Kehlkopfrandes, wie die Narben zeigten. Es erfolgte sofort eine Blutung in starkem Strahle; dann wurde die Verletzte bewußtlos; sie hat später erfahren, daß ein Arzt einen Druckverband anlegte, und daß damit die Blutung stand.

Erscheinungen von dieser Verletzung sind der W. erst nach Jahresfrist zum Bewußtsein gekommen: sie bemerkte das Entstehen einer schwirrenden Geschwulst an der oben beschriebenen Stelle; im Laufe der Jahre nahm die Geschwulst an Größe zu; es entwickelte sich von ihrem unteren Ende aus ein dickes, bläuliches, unter der Haut liegendes Gefäß nach unten, welches hinter dem Schlüsselbein verschwand, während vom oberen Pole der Geschwulst stark blaue, geschlängelte und deutlich pulsierende Gefäße an der Schläfe hinauf auf die Lider des rechten Auges und weiter hinzogen. Diese Erscheinungen nahmen bald eine weitere Entwicklung und eine unangenehmere Form an durch ein äußerst lästiges Gefühl des Klopfens und Schwirrens im rechten Gehörgange, so daß die Pat. nunmehr nach langjährigem Sträuben dem Rate ihres Arztes folgte und mich bat, die Operation vorzunehmen.

Ich sah die Pat. zum ersten Male am 9. April 1906. Sie bot bei Mittelgröße und gesunden inneren Organen ein ganz hübsches Gesicht, das jedoch infolge der ungewöhnlich starken Gefäßentwicklung und der auffallenden Schwellung der rechten Gesichtshälfte sehr entstellt war. Am rechten Unterkieferwinkel sprang aus dieser Schwellung eine hühnereigroße Geschwulst vor mit einer sichtbaren Pulsation und einem auch für den Finger außerordentlich deutlich wahrnehmbaren Sausen und Schwirren. Vom unteren Pole zog, genau entsprechend dem Laufe einer V. jugularis externa, ein daumendickes geschlängeltes Gefäß hinunter hinter das Schlüsselbein. Vom oberen Pole zogen radialisstarke, reichlich geschlängelte, pulsierende, tiefblau unter der Haut liegende Gefäße, welche an der Schläfe, über beide Augenlider, über die Nasenwurzel bis in die Lider des linken Auges hineinzogen. Das Wangenrot der rechten Gesichtshälfte war von einem dichten Kranze kleiner blauer Gefäße umgeben, an welchen ich ein Pulsieren nicht fühlen konnte. Das ganze Gesicht war äußerst entstellt, es wurde noch mehr geschwollen und blau, wenn die Pat. das Schultergelenk zurücknahm; dann schwoll die Vene unter Vergrößerung ihrer Windungen um das Doppelte. Kompressionsversuche jeder einzelnen Carotis interna und beider Carotiden waren wegen der schwierigen anatomischen Verhältnisse nicht gut möglich; in der Mund- und Rachenhöhle waren abnorme Gefäßentwicklungen glücklicherweise nicht vorhanden. Was die Pat. schließlich zur Operation trieb, war die Belästigung des rechten Auges und Ohres durch die Pulsation, indes waren an beiden Organen sonst keine Störungen nachweisbar.

Am 23. April 1906 wurde die Operation ausgeführt, indem ich annahm, daß es sich um eine Verbindung der V. jug. ext. mit einer kleinkalibrigen Arterie, vielleicht der A. maxill. ext. oder der A. thyreoidea handele. Es wurde durch einen vom Ansatze des Ohrläppchens, später von hier aus vor und hinter der Ohr-



muschel nach oben hinauf verlängerten Schnitte die Haut über dem pulsierenden Sacke und über die V. jug. ext. hinweg bis 3 Finger breit unterhalb des Schlüsselbeins gespalten, Vorderfläche des Sackes und V. jug. ext. freigelegt, letztere tief unten, hinter dem Schlüsselbein doppelt unterbunden und durchschnitten. Auch die Stämme der V. jug. interna und carotis communis mußten sehr tief freigelegt

werden zur provisorischen Umschnürung, weil die anatomischen Verhältnisse durch Verwachsung des Platysma mit dem M. sternocleidom. und den Gefäßscheiden recht undeutlich und gefährlich waren. Es wurde nun vorsichtig — meistens scharf — die innere Seite des Varix freipräpariert und dadurch ein bleistiftdickes arterielles Gefäß freigelegt, welches, aus der Tiefe von innen kommend, in den Varix einmündete. Dieses Gefäß hatte ein gleichmäßiges Lumen; wir hatten den Eindruck, daß es der äußere oder innere Ast der Carotis war. Die doppelte Unterbindung dieses Stammes gelang verhältnismäßig leicht; eine Orientierung über die sämtlichen hier in Betracht kommenden kleineren Arterien war, wie schon gesagt, unmöglich. Kaum war die Unterbindung gemacht, so hörten Pulsation und Schwirren auf, jedoch wie wir nicht anders erwartet hatten, nur auf kurze Zeit, vielleicht 2 Minuten; dann kehrte, erst schwächer, dann stärker, die Pulsation und das Schwirren wieder; der kollaterale Kreislauf hatte sich schnell wieder eingestellt. Nun mußte der Sack nach oben und nach innen freigemacht werden, wo er mit der Ohrspeicheldrüse verwachsen war; er erstreckte sich so tief, daß ich mir überlegte, ob ich den Unterkiefer durchtrennen sollte, was ich schließlich wegen der wohl unvermeidlichen Zerrung an dem gefäßreichen Gewebe aufgegeben habe. Es wurde nunmehr die Ohrspeicheldrüse möglichst stumpf abgelöst, um den N. facialis nicht zu verletzen und hinter dem Unterkiefer in die Tiefe nach der Schädelbasis zu vorgegangen; und die Erwartung, daß hier der abführende Teil der Arterie in die Schädelbasis gehen würde, erwies sich als zutreffend. Der abführende Teil des Gefäßes hatte kaum eine geringere Dicke als sein in den Sack hineinführendes Ende. Freilich war das der Unterbindung sich bietende Feld so tief und zwischen Unterkiefer und Schädelbasis so beengt, daß die außerordentlich schwierige Umschlingung des Gefäßes gerade noch möglich war. Es ging dieser bei der ganzen Sachlage höchst heikle Akt schließlich glatt vonstatten. Die Wirkung der Unterbindung war eine sofortige und dauernde. Sofort klappten die prall gefüllten pulsierenden blauen Arterien zusammen, das blaue Kolorit des Gesichts war im Augenblick gänzlich verschwunden mit Ausnahme der kleinen blauen Gefäße um das Wangenrot herum, die wohl meistens Venen waren. Die rechte Gesichtshälfte zeigte nunmehr etwas weniger Schwellung und einen blaßgelben Farbenton. Darauf wurde der Sack in seinen letzten Verbindungen mit der Ohrspeicheldrüse gelöst, die große Wunde mit Jodoformgaze ausgestopft und darüber bis auf zwei Öffnungen vernäht. Der Wundverlauf war bis auf kleinere Temperaturen mit geringer Wundabsonderung und bis auf einen Speichelfluß nicht gestört. Am Abend wurde eine Facialisparese festgestellt. Die Pat. konnte das rechte Auge nur zur Hälfte verschließen, am folgenden Tage nahm die Parese noch mehr zu, so daß Lagophthalmus bestand, woraus zu entnehmen war, daß es sich im allgemeinen nur um eine Dehnung oder Quetschung des Gesichtsnerven handeln konnte. Die Wunde schloß sich nach sechs Wochen, die Speichelabsonderung hörte schon früher auf, und die Facialislähmung ging zum größten Teile zurück, so daß die Verletzte das Auge fast gänzlich schließen kann.

Die Pat. empfand außerordentlich dankbar die Beseitigung der durch das Schwirren, Sausen und Klopfen im Ohr und Auge hervorgerufenen Beschwerden, und ihre Stimmung erheiterte sich um so mehr, als das Verschwinden der Entstellung in ihrem Bekanntenkreise bemerkt wurde.

Der Fall ist zunächst wohl dadurch sehr selten, daß zwei räumlich weit voneinander gelegene Gefäße sich zur Bildung einer arteriovenösen Verbindung gefunden haben. Da die V. jugularis einen großen Sack bildete, so hat man es hier mit einem Varix aneurysmaticus zu tun, während bei direkter Verbindung der seitlichen Öffnungen einer dicht aneinander liegenden Arterie und Vene von einem Aneurysma varicosum gesprochen wird. Soweit ich aus der Literatur ersehen habe, sind Fälle wie dieser außerordentlich selten. Die Frage der Behandlung der Aneurysmen hat ja in neuer Zeit eine große Bedeutung erlangt durch die Wirkung der rasanten kleinkalibrigen Geschosse, denen die Gefäße nicht mehr ausweichen. Schon im Burenkriege sind darüber wertvolle Beobachtungen gemacht; ein viel größeres Material aber wird, wie aus den Berichten der am Kriege in der Mand-

schurei beteiligt gewesenen Chirurgen hervorgeht, veröffentlicht werden aus den Kriegssanitätsberichten der beiden Gegner, um die schwierige und vielumstrittene Frage, welches Verfahren je nach den Umständen das zweckmäßigste ist, zu entscheiden. Daß Fälle ähnlicher Art wie der vorliegende auch durch Schußverletzungen im Kriege vorkommen können, ist dadurch begründet, daß das Getroffenwerden durch mehrere Geschosse häufig vorkommt.

---

13) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

167. Sitzung, den 16. Dezember 1907.

Vorsitzender: Herr Riese.

1) Vor der Tagesordnung fand die Überreichung der von den ehemaligen Assistenten gestifteten Büste Ernst v. Bergmann's an die chirurgische Klinik statt.

Geheimrat Sonnenburg hielt im Namen der ehemaligen Assistenten v. Bergmann's die Ansprache bei der Übergabe der Büste, Geheimrat Bier nahm die Büste mit Worten des Dankes für die Klinik in Empfang.

2) Herr Riese. a. Beiträge zur Milzchirurgie.

R. berichtet zunächst unter Bezugnahme auf die jüngst erschienene Arbeit von Küttner über einen Fall von sequestrierendem Milzabszeß bei einer 41jährigen Frau. Sie erkrankte im September 1905 unter den Erscheinungen einer linksseitigen Pyosalpinx; 3 Monate später fand R. bei der sehr heruntergekommenen Pat. einen linken subphrenischen Abszeß und einen pleuritischen Erguß, die sich unter Schüttelfrösten und hohem Fieber entwickelt hatten. Die Probepunktion der Pleura ergab ein seropurulentes Exsudat. Durch Resektion der IX. Rippe (11. I. 07) in der Skapularlinie wurde 1 Liter des abgekapselten Exsudats entleert. Danach Resektion der XII. Rippe und Fortsetzung des Schnittes in die Bauchhöhle, wobei R. in eine unregelmäßige, mit stinkendem Eiter gefüllte Zerfallshöhle der Milz kam. In der Folge stießen sich im Verlaufe von 14 Tagen zahlreiche Milzsequester ab, so daß fast die ganze Milz abgestoßen schien. Am 15. März fanden sich 4 Millionen rote, 12400 weiße Blutkörperchen, keine Poikilocytose. Die Pat. hat sich sehr erholt und befindet sich in blühendem Zustand. Magenbeschwerden haben weder vor der Operation, noch nach der Entleerung des Abszesses bestanden, und nimmt R. deshalb eine embolische Entstehung von der Pyosalpinx her an.

Sodann berichtet R. über die von ihm vorgenommenen Milzexstirpationen. Der erste Fall kam zur Operation unter der Diagnose eines Milzsarkoms (5200000 rote Blutkörperchen, 1 : 1900 weiße). Bei der Operation riß die Milzvene während des Hervorwälzens des Tumors ein, sie konnte aber gefaßt werden; am Schluß der Operation trat eine Asphyxie ein, die letal endete. Die Milz wog 1585 g, maß 28 : 18 : 7 cm. Es fanden sich in ihr harte, weiße Knoten, die sich als anämische Infarkte mit Kalkablagerung erwiesen; manches sprach zugleich für Stauungsmilz. Wäre R. vor der Operation zu dieser Auffassung gekommen, so hätte er nicht operiert.

Im zweiten Falle hatte die 46jährigen Frau seit Monaten heftige Beschwerden von seiten ihres Milztumors gehabt, der auf der Basis einer Malaria oder einer Lues entstanden gedeutet wurde; es fanden sich 4700000 normale rote, 9600 weiße Blutkörperchen im Kubikzentimeter. Mit einem Schnitt legte R. die breit gestielte und am Zwerchfell verwachsene Milz frei und entfernte sie. Es blieb eine Nebenmilz am Schwanz des Pankreas zurück. Die Milz wog 730 g, maß 19 : 11 : 6 cm; man sah in ihr eine größere Narbe, sonst handelte es sich um eine hyperplastische Milz mit Cirrhose des Bindegewebes, so daß sowohl Lues wie Malaria angenommen werden kann. Die Schmerzen schwanden nach der Operation für $1^1/_2$ Jahr; Pat. wurde entlassen, ohne daß Veränderungen im Blutbefund bestanden. Nach 2 Jahren entwickelte sich eine Blutkrankheit vom Charakter der Leukämie. Es ist anzunehmen, daß sich diese Krankheit auf dem Boden der Malaria entwickelte, und daß R. im Anfang des Leidens die Milz entfernt hat. Es würde danach ein einige Zeit anhaltender Erfolg von Milzexstirpation im Frühstadium der Leukämie sein. Die Pat. ist jetzt verstorben.

Bei der dritten Pat. fand R. bei normalem Blutbefund einen Milztumor, den er als hyperplastische Milz deutete. Auftreten von Leibkrämpfen und Ohnmacht und starker Schwellung ließen auf Stieldrehung schließen. Bei der Operation (22. I. 1903) bestätigte sich die Diagnose; ein Netzzipfel war mit der Milz verwachsen. Die Milz maß 17 : 10 : 5 cm. Die Pat. hat sich nach der Operation dauernd wohl gefühlt, hat kürzlich entbunden und keine Leibbinde mehr getragen, wie vor der Operation.

Ein vierter Fall betrifft eine Milzexstirpation gelegentlich einer Magenexstirpation, die ohne Folgen für die Blutbildung trotz der anderen ausgedehnten Operation gut überstanden wurde.

b. Über Dünndarmkarzinome.

R. berichtet über zwei von ihm operierte Dünndarmkarzinome; bei beiden konnte die Diagnose erst während der Operation gestellt werden. Der erste Fall betraf einen 67jährigen Herrn, der im Oktober 1907 an einem eingeklemmten Leistenbruch im Krankenhaus operiert worden war; während der Rekonvaleszenz machten sich Passagestörungen im Darmkanal bemerkbar, die sich am 13. Tage nach der Hernienoperation zum Ileus steigerten. Bei der Operation fand sich eine Intussuszeption am Dünndarm und nach der Desinvagination an der invaginierten Schlinge ein Karzinom. Resektion von 24 cm Darm und des narbig verkürzten Mesenteriums; Vereinigung durch zirkuläre Darmnaht. Glatte Heilung; Pat. befindet sich wohl und hat zugenommen. Der zweite Fall betraf eine 47jährige Frau; es war ein Tumor zu fühlen, der der Flexura coli sin. anzugehören schien. Es fand sich aber ein faustgroßes Karzinom des Jejunum, das mit dem Colon transv. dicht an der Flexura coli sin. verwachsen war; das Mesokolon war mit infiltriert. Wegen des elenden Zustandes der Pat. wurde die Enteroanastomose ausgeführt. 3 Tage später erfolgte der erste Stuhl; 3 Wochen später konnte Pat. mit gutem Appetit und normalem Stuhl entlassen werden; vorher hatten Durchfälle und Magenbeschwerden bestanden. Sie hat nach der Operation noch 3 Monate gelebt. — R. demonstriert sodann noch ein Präparat, wo ein Kolonkarzinom in den Dünndarm durchgebrochen und an der Durchbruchstelle das Karzinom gewuchert ist. Der 62jährige Pat. kam mit den Erscheinungen des chronischen Ileus am 21. Oktober 1907 zur Operation. Trotz der ausgedehnten Erkrankung, trotz Drüsenmetastasen und eines Knotens im Douglas hat R. den Pat. durch ausgedehnte Resektion von Kolon und Dünndarm mit zirkulärer Vereinigung zu glatter Heilung gebracht. Die Pat. ißt mit gutem Appetit und hat nach anfänglichem Durchfall jetzt normalen Stuhl.

c. Über die Operation ausgedehnter Magenkarzinome.

R. bespricht die Schwierigkeiten einer frühzeitigen Diagnose der Magenkarzinome, weshalb sie meist zu spät für eine Radikaloperation in die Hände des Chirurgen kommen; trotz dieser unveränderten diagnostischen Schwierigkeiten sind aber die allgemeinen Operationsresultate, sowohl was die primäre Mortalität als die Lebensdauer nach der Operation betrifft, besser geworden; selbst die subtotalen als die totalen Magenresektionen haben annehmbare Resultate ergeben. R. ist auch bei der Nachprüfung seines Materials zu diesem Resultat gekommen. Unter 89 Operationen wegen Magenkarzinom in den letzten 7 Jahren wurden 24 Magenresektionen wegen ausgedehnten Karzinoms vorgenommen; davon sind 17 geheilt, 7 (= 29%) sind an den Folgen der Operation gestorben; die Geheilten standen im Alter von 39—73 Jahren. Von den Todesfällen waren vier durch Herzschwäche resp. durch die Schwere des Eingriffs bedingt. Einmal kam es am 7. Tage infolge Hustens zum Platzen der Bauchnaht, zum Vorfall der Därme und zu konsekutiver Peritonitis. Ein Pat. starb an Peritonitis durch Kolonnekrose, einer an Peritonitis durch Sprengung der Duodenalnaht infolge behinderten Abflusses im abführenden Schenkel. Von den 17 Geheilten leben noch 5, einer 7 Monate, die anderen 1 Jahr 11 Monate bis 5 Jahre 7 Monate nach der Operation; die erste, eine 39jährige Frau, bei der der ganze Magen bis auf einen kleinen Rest am Pylorus entfernt wurde, hat Metastasen, bei den anderen sind keine nachweisbar, und ist eine günstige Prognose zu stellen. Es hat sich bei ihnen um ausgedehnte Magenresek-

tionen gehandelt, bei denen auch meist Pankreasverwachsungen getrennt werden mußten. Von den inzwischen Verstorbenen lebte eine Pat. 3 Jahre 10 Monate, sie starb bei einer Operation wegen karzinomatöser Adnextumoren. Fünf Pat. starben 2 Jahre 4 Monate, 1 Jahr 7 Monate, 1 Jahr mehrere Monate nach der Operation an Leber-, Peritoneal- oder Darmmetastasen.

R. verneint die Frage, ob die Probelaparotomie, die zur Feststellung der Operabilität ausgedehnter Magenkarzinome vorgenommen werden muß, eine besondere Gefahr und eine Verkürzung der Lebensdauer involviert. Manchmal fühlten sich die Pat. infolge von Durchtrennung von Verwachsungen besser als vorher. R. lobt für passende Fälle die Gastroduodenostomie nach Kocher und wendet dabei auch Kocher's Quetsch- und Nahtmethode an; nach Billroth I wurde ein Fall, die übrigen nach Billroth II operiert. Bei den zwei Exstirpationen des Magens wurden Ösophagus und Duodenum durch Naht vereinigt, der Knopf wurde nie angewandt. Drainiert hat R. nur einmal. Da nach R.'s Resultaten die Heilungsziffer auch bei Resektion vorgeschrittener Magenkarzinome eine beträchtliche ist, so tritt er für Einschränkung der Gastroenteroanastomosen ein. Er fordert die praktischen Ärzte auf, auch vorgeschrittenere Fälle zur Entscheidung über die Radikaloperation an den Chirurgen zu weisen.

Diskussion: Herr Seefisch berichtet von einem jüngst von ihm operierten Dünndarmkarzinom, welches 10 Stunden nach einer an der Stelle des Karzinoms erfolgten Perforation zur Behandlung kam. Der Tumor wurde exstirpiert, der Darm End-zu-Seit mit Murphyknopf vereinigt. 4 Wochen später erfolgte unabhängig von der Operation der Tod an Pneumonie, und S. gewann das Präparat des Darmes nach der Operation; die Passage war frei. S. demonstriert an dem Präparat die Narbe an der Murphyknopfanastomose, welche nur eine kaum sichtbare Linie darstellt, im Gegensatz zu dem durch Naht geschlossenen Darmende, wo eine breite wulstige Narbe besteht.

Herr Israel erwähnt einen Fall, wo bei einer totalen Magenexstirpation sich 9 Jahre nach der Operation noch Rezidivknoten in der Leber gezeigt haben.

Herr Kausch betont, daß die Pat., die auf Magenkarzinom verdächtig sind, im allgemeinen zu lange von den Ärzten wie den Spezialärzten behandelt werden, ehe sie dem Chirurgen zugewiesen werden. So erklärt er es sich, daß er hier in Berlin selten ein radikal exstirpierbares Magenkarzinom bekommt, während n Breslau die Pat. meist sehr frühzeitig direkt an die chirurgische Klinik gewiesen wurden oder selbst kamen, und damit häufig in einem Zustande, wo Aussicht auf radikale Heilung bestand.

3) Herr Sultan: Über Herznaht bei Schußverletzung. (Krankenvorstellung.)

S. stellt einen Pat. vor, welcher am 23. Juni 1907 eine Stunde vor der Aufnahme in das Krankenhaus ein Conamen suicidii begangen hat, indem er sich mit einem Revolver einen Schuß in die Herzgegend beibrachte. Unter langsamer Steigerung der Symptome von Herztamponade — die Pleura war unverletzt geblieben —, entwickelte sich bei dem Pat. eine so bedrohliche Atemnot, daß S. sich 30 Stunden nach der Verletzung zur Operation gezwungen sah.

Mit Hilfe eines Lorenz'schen Lappens wurde der Herzbeutel extrapleural freigelegt. Der ad maximum mit Blut gefüllte Herzbeutel wurde inzidiert, wobei das Blut in großem Bogen herausstürzte. Am Herzen selbst fand sich eine $1^1/_2$ cm lange, kraterförmige Wunde an der Rückseite des linken Ventrikels, welche mit drei Seidenknopfnähten geschlossen wurde. Das Perikard wurde vollständig vernäht, der Hautknochenlappen zurückgeklappt und wieder eingenäht. Glatter, aseptischer Verlauf. Pat. ist vollkommen geheilt geblieben und verrichtet seine Arbeit als Tischler wie vor der Verletzung.

S. erblickt in dem von Franke neuerdings gemachten Vorschlag der Herzbeutelpunktion bei derartigen Verletzungen keinen Fortschritt. Sieht man sich durch die Not des Falles zum Eingriff gezwungen, dann soll man sich nicht mit der Punktion begnügen, sondern die Perikardiotomie ausführen.

Diskussion: Herr Hildebrand sah im letzten Jahr in der Charité vier Fälle, bei denen aus dem Sitz des Einschusses, dem Röntgenbild und dem eigentümlichen Herzgeräusch die Diagnose auf Herzverletzung gestellt wurde: sie wurden alle ohne Operation geheilt. H. warnt davor, die Herzverletzten ohne weiteres zu operieren; viele heilen ohne Operation; wenn bedrohliche Erscheinungen auftreten, ist operative Behandlung indiziert.

4) Herr Martens berichtet über vier im letzten Jahre in Bethanien behandelte Herzschußverletzungen, von denen zwei deswegen interessant sind, weil das Herz ohne Perforation des Perikards verletzt war, einmal mit beträchtlicher Blutung in die Herzbeutelhöhle. In einem dieser Fälle wurde wegen der starken Blutung nach außen und in die Pleurahöhle operiert, doch starb der Kranke am Tage darauf an der Lungenverletzung.

Eine Pat. wurde ohne Operation trotz des anfänglich schweren Krankheitsbildes geheilt.

Ein kleines 6jähriges Mädchen starb schnell im Chok. Herzbeutel, Herz, Lunge, Zwerchfell, Leber, Magen waren durchschossen ohne nennenswerte Blutung, alle Wunden hätten ohne Operation heilen können, auch die Magenwunden waren geschlossen und mit der Umgebung fest verklebt. (Demonstration der Präparate).

5) Herr Hinz: Beiträge zur operativen Behandlung intra- und paraartikulärer Frakturen.

H. schildert die Erfahrungen, die Prof. Riese mit der operativen Behandlung von Frakturen gemacht hat. Unter Anerkennung der Verdienste Bardenheuer's um die technische Ausbildung der Extensionsbehandlung der Frakturen betont H., daß bei dem heutigen Stande der Chirurgie es zur Herstellung der bestmöglichsten Funktion indiziert sei, irreponible Brüche und solche, die zu fortwährender Verschiebung neigen, operativ zu adaptieren und bei solchen, wo bestimmte Hindernisse die unblutige Adaption erschweren oder verhindern, dieselben durch operative Freilegung zu beseitigen. Auch die Meniscusverletzungen im Kniegelenk rechnet er hierher. Er berichtet von ihneh 6 Fälle, 3 Verletzungen des inneren, 3 des äußeren; die ersteren waren schwerer. Bezüglich ihrer Entstehung kommt er zu dem Schluß, daß die leichteren Verletzungen bei starken Drehungen des Unterschenkels (in Beugung des Gelenkes) gegen den Oberschenkel entstanden sind, daß aber bei den schwereren gleichzeitig eine komprimierende Gewalteinwirkung stattfand. Die Eröffnung des Gelenkes wurde durch einen seitlichen ausgiebigen Querschnitt in der Höhe des Gelenkspaltes bewirkt; kleinere Ablösungen der Menisken wurden genäht, größere Abreißungen exstirpiert. Das Gelenk wurde durch schichtweise Naht der Kapsel und des Bandapparates geschlossen, wobei es vermieden wurde, bei der innersten Naht die Synovialis mitzufassen. Die funktionellen Endresultate waren gute, bei den schweren Zerstörungen der Menisken fand keine volle Restitutio ad integrum statt. Von Knieverletzungen wurden noch zwei Fälle von Dérangement intern operativ behandelt, Absprengungen des Condylus medialis, in dem einen Fall eines Knorpelknochenstücks, im anderen eines Knorpelstücks, die entfernt wurden; bei dem zweiten Falle war zur Erweiterung des Gesichtsfeldes das Ligamentum patellae und die Seitenbänder durchtrennt worden, die schichtweise mit Catgut vernäht wurden; 6 Wochen hatte die Pat. gelegen, nach 8 Wochen lief sie schon umher, da erfolgte bei einem Fehltritt eine vollständige Ruptur der Operationsnarbe; es wurden die sämtlichen Schichten sekundär vernäht und die Pat. dauernd geheilt.

Dann berichtet H. über fünf operativ behandelte Fälle von Fraktur der Capitulum und Collum radii: eine Luxation des Ellbogengelenks mit Fraktur des Collum radii; 8 Tage nach der Verletzung Exstirpation des abgesprengten Capitulum durch Längsschnitt am hinteren Rande des M. supinator longus; gutes funktionelles Resultat; etwas Cubitus valgus. 2) eine Fractura radii typ. mit Fraktur des Collum radii. Nach 7 wöchiger konservativer Behandlung nötigte das unbefriedigende funktionelle Resultat zur Entfernung des losen Radiusköpfchens, wobei auch noch ein abgesprengtes Stück des Epicondylus ext. entfernt wurde; es blieb eine geringe Bewegungsbeschränkung nach allen Richtungen. 3) Bei dem dritten Pat.

bestand ein Abbruch des Collum radii mit Spaltung des Köpfchens; die sofortige Exstirpation der Fragmente brachte ein gutes Resultat. Auch die beiden anderen einfachen Collumfrakturen gaben bei der Exstirpation des abgebrochenen Stückes ein gutes Resultat, während ein sechster nicht operierter Fall eine schlechte Funktion bekam. — Zu den intraartikulären Frakturen gehört noch ein intrakapsulärer Schenkelhalsbruch, der $1^1/_2$ Jahre nach der Entstehung wegen Schmerzen und starker Funktionsbehinderung zur Operation kam; es bestand eine Verdrehung des losen Kopfes um 180°, Entfernung des Kopfes. Für solche Fälle ist die von F. König befürwortete Frühoperatien indiziert; der Fall war zunächst auf einer inneren Abteilung unter falscher Diagnose behandelt worden. Die Schmerzen schwanden nach der Operation, der Pat. lief sicherer. — Von paraartikulären Frakturen berichtet H. über 3 Oberarmbrüche am Ellbogengelenk bei Knaben von 12 und 8 Jahren; die Fragmente ließen sich durch fixierende Verbände nicht reponiert erhalten; im ersten Falle bestand eine vollkommene Verdrehung der Kondylen mit T-förmiger Fraktur in die Gelenkfläche. Da man bei einer Durchführung des Drahtes durch das periphere Fragment mit demselben in das Gelenk gekommen wäre, so wurde er nur durch das zentrale Bruchende geführt und um den Epicondylus medialis herum geknotet. Die Vereinigung der Fragmente war deshalb keine ganz exakte, aber die Funktion ist doch gut geworden; es besteht etwas Cubitus varus. Bei dem zweiten Falle hielten die Fragmente schon nach der Reposition, und es bedurfte keiner Naht zur Fixation. Bei dem dritten Pat. bestand ein Bruch des Condylus ext. mit Verdrehung der Knorpelfläche nach außen oben. Er wurde durch einen Längsschnitt (wie auch die beiden ersten Fälle) freigelegt, reponiert und durch Periost-Catgutnähte in Reposition erhalten. — Der nächste Fall betraf einen von anderer Seite als Luxation verkannten Schrägbruch des Collum chirurg., bei dem die Spitze des unteren Fragmentes unterhalb des Proc. coracoideus stand. Reposition und Fixation durch einen schräg durch beide Bruchenden eingeschlagenen Elfenbeinnagel; vorzügliches funktionelles Resultat. Der letzte Fall betrifft die Schenkelhalsfraktur eines Tabikers, die zuerst verkannt, dann konservativ behandelt wurde, ohne daß knöcherne Konsolidation eintrat. Es wurde zunächst nach Freilegung des Trochanter major eine Fixation des Kopfes gegen den Trochanter durch einen 7 cm langen Nagel versucht. Das Röntgenbild zeigte, daß der Nagel zu kurz gewesen war; es wurden dann zwei weitere Nägel, ein dicker langer oben, ein kürzerer unten eingeschlagen; dadurch wurde Festigkeit erzielt. Die Nägel mußten einige Zeit, nachdem Pat. umhergegangen war, entfernt werden, da sie die Haut reizten. Es ist ein knöcherner Callus entstanden, doch ist eine beträchtliche Verkürzung erfolgt, da der Callus bei den ersten Gehübungen noch zu weich gewesen war und nachgegeben hat. — Im Anschluß an die operativ behandelten Fälle bespricht H. noch ein einfaches Extensionsverfahren, das er bei einem suprakondylären Querbruch des Oberschenkels mit bestem Erfolg angewendet hat; es wurde bei rechtwinklig gebeugtem Knie ein Streckverband am Unterschenkel angelegt und durch eine Schlinge in der Kniekehle ein Gegenzug nach oben ausgeführt. H. empfiehlt noch bezüglich der Operation in solchen Fällen, wie sie von ihm geschildert sind, nicht erst zu warten, bis Callusmassen die Reposition der Knochen und die Naht erschweren, sondern an den frischen Fragmenten zu operieren; dann werden die Resultate am besten sein.

7) Herr E. Walkhoff: Histomechanische Genese der Arthritis deformans.

W. verbreitet sich über seine Untersuchungen über die Pathogenese der Arthritis deformans, deren Resultate er bereits auf der Naturforscherversammlung zu Meran 1905 kurz darlegte. Er gelangte zu dem Ergebnis, daß sie nicht entsprechend der Kimura'schen Anschauung, auf einer Knochenatrophie beruht, sondern als Ursache eine Knorpeldegeneration hat, die mannigfaltigen Ursprungs sein kann. Sowie der Knorpelüberzug degeneriert ist, stellen sich durch die ungeschwächt zur Einwirkung kommenden statisch-dynamischen Kräfte in der subchondralen Knochenschicht die ausgedehntesten progressiven Prozesse ein, die darauf zielen, hier eine fest abschließende sklerotische Knochenschale zu bilden.

An den Stellen der stärksten Beanspruchung und der geringsten Widerstandsfähigkeit des Knorpels kommt es so zur Entwicklung der bekannten sklerotischen Schliffurchen, die sich durch Nekrose der oberflächlichsten Lage auszeichnen. Wo aber eine permanente oder geringe Kraft die mit zerfasertem Knorpel überkleideten Gelenkenden trifft, oder wo durch die Deformation atrophisch gewordene Gelenkabschnitte allmählich wieder stärker belastet werden, entstehen die porotischen Schliffurchen, die wohl eine Eburnation der subchondralen Knochenbälkchen besitzen, aber relativ weite Markkanäle und große Defekte der oberflächlich abschließenden Knochencorticalis aufweisen. Es greifen hier viele regressive Veränderungen Platz, weil das freiliegende fibröse Mark und die stellenweise dünne Knochenschale sehr wenig Widerstand zu leisten vermag. Es konnten daselbst in der subchondralen Zone frische und ältere Blutungsherde, Zertrümmerungen des Knochengewebes mit Verlagerung der Fragmente in die Tiefe beobachtet werden. An sie hatten sich, wenn sie längere Zeit zurücklagen, ausgedehnte reparatorische Heilungsvorgänge angeschlossen. Auch Cysten waren hier zur Ausbildung gekommen, deren Entstehung als Ursache stets ein Trauma hatte und die nicht auf eine herdförmige Rekartilagineszenz, fibröse Metamorphose des Knochens mit Erweichung desselben zurückzuführen waren. Die Randwülste waren allein auf eine periostale Wucherung der Knochengelenkrandzone zu schieben.

Aus diesen Befunden leitet W. folgendes Gesetz für die Genese der Deformationen ab: »Überall, wo nach Knorpeldegeneration die Gelenkenden funktionell belastet werden, tritt lebhafte subchondrale Wucherung des Gewebes auf, während an den nicht oder weniger beanspruchten Partien Atrophie sich einstellt. Dadurch, daß teilweise infolge der aufschießenden Randwülste, teilweise infolge der permanenten Abschleifung der Gelenkenden bei Bewegungen die Kraftdurchfließungslinien geändert werden, lösen sich die hypertrophischen mit den atrophischen Prozessen ab. Hierdurch wird es verständlich, daß bei der Arthritis deformans hauptsächlich in der subchondralen Zone die Veränderungen sich ausbilden. Die progressiven und regressiven Vorgänge in weiterer Entfernung von dem Gelenke sind sekundärer Art, hervorgerufen durch eine Transformation des Knochengewebes entsprechend der durch die Deformation bedingten veränderten Beanspruchung.« Zum Beweis für seine Anschauung demonstrierte W. mehrere Röntgenphotogramme.

Richard Wolff (Berlin).

---

14) **P. Frangenheim.** Über Knochenbildung im menschlichen Penis (sog. Penisknochen).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 480.)

F. teilt einen neuen einschlägigen, in der Königsberger Klinik (Lexer) operierten Fall mit, einen 56jährigen Besitzer betreffend, Vater von acht Kindern, der die Verhärtung in seinem Penis vor acht Monaten bemerkt hatte. Dieselbe war seitdem stetig gewachsen und verhinderte den Mann durch Schmerzen am Koitus, während seine Miktion ungestört war. Der Körper war über dem Rücken des Gliedes gelegen, sehr beweglich und wurde röntgenographiert (s. Abbildung). Seine operative Entfernung gelang bei Abklemmung der Peniswurzel behufs Blutsperrung sehr leicht mittels eines Längsschnittes durch Ausschälung aus der Albuginea penis, von welcher ein die Fortsetzung des Knochens symphysenwärts bildendes schwielig verändertes Stück mit entfernt wurde. Nach guter Vernähung der Schwellkörper und der Albuginea trat ohne Nachblutung fast völlige primäre Heilung ein; über Verhalten der Erektions- und Kopulationsfähigkeit ist nichts gesagt. Der entfernte »Knochen« ist plattenförmig, $4^1/_2$ cm lang, $1^1/_2$ cm breit und 1—2 mm dick, teilweise etwas löcherig und hat zackige Ränder. Er ist von F. sorgfältig histologisch untersucht mit dem Resultate, daß es sich um eine direkte Knochengewebsbildung im Bindegewebe der Albuginea handelt. Die Ursache dieser Knochenbildung war völlig unaufklärbar.

F. stellt zusammen, was sonst über Penisknochenbildung bekannt und veröffentlicht ist. Er bringt die Notizen über die bislang operierten Fälle (vier außer

dem eigenen), ferner über sechs bei Sektionen gemachte Beobachtungen, in deren einem (von Brohl) das fragliche Gebilde auch röntgenographiert ist (Reproduktion des Röntgenogrammes), endlich über einige nur klinisch beschriebene Fälle. Auf Grund des vorliegenden Materiales ist Verf. zu der Ansicht gekommen, daß die menschlichen »Penisknochen« weiter nichts sind als gewöhnliche Bindegewebsverknöcherungen, wie sie in fast allen anderen menschlichen Organen und Geweben ohne bekannten Grund auch vorkommen. Diese Bildungen mit dem wirklichen Penisknochen (Os priapi) gewisser Säugetiere (Walfisch, Hund usw.) als analoge zu vergleichen, liegt kein Grund vor. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

15) **Lang.** Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Fibrolysin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 48).

L. berichtet über 2 Falle von Harnröhrenstrikturen, in denen eine seit 53 Jahren bestehende wiederholt operierte und eine seit 3 Jahren bestehende Verengerung unter Fibrolysinbehandlung wieder dehnungsfähig wurde. **Borchard** (Posen).

16) **K. Fluss.** Beitrag zur Klinik ausgebreiteterer papillärer Geschwülste der Harnröhre. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildspitals in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine eitrige Affektion der Harnröhre mit Fisteln, aus denen papilläres Gewebe herauswucherte, das die Harnröhre bis zum Bulbus erfüllte. Da Karzinom nicht sicher auszuschließen war, wurde eine Amputatio penis vorgenommen.

Im zweiten Falle wurde bei einer Frau die Resektion der Harnröhre vorgenommen, welche an ihrer Mündung von einem breiten, höckrigen, wallartigen Saum umgeben war. Die Infiltration erstreckte sich 3 cm weit.

Die diffusen warzigen Bildungen der Harnröhre sind, wie Verf. an 13 kurz zitierten Fällen zeigt, an Männern beobachtet worden. **Renner** (Breslau).

17) **Hock.** Frühdiagnose des Karzinoms der Harnröhre.

Verein deutscher Ärzte in Prag. 3. Sitzung vom 26. Oktober 1906.

(Prager med. Wochenschrift 1906. Nr. 51.)

Für die frühzeitige Erkennung des Harnröhrenkrebses ist die Urethroskopie von wesentlicher Bedeutung. Die Diagnose hält Verf. auch bei den Fällen, die sich in der Tiefe der Harnröhre entwickeln, mit Hilfe des Endoskops für nicht besonders schwierig. Bei einer 48jährigen Dame entfernte H. eine besonders die untere Hälfte des vorderen Harnröhrenabschnittes einnehmende, zungenartig hervorragende Krebsgeschwulst durch Resektion eines 2 cm langen Harnröhrenstückes mit Erhaltung der Kontinenz und bis jetzt $4^1/_3$jährigem Dauererfolg.

Gutzeit (Neidenburg).

18) **R. Christofoletti.** Über eine neue Urethralplastik. (Aus der Klinik Schauta.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

In zwei Fällen von Uteruskarzinom war bei der Operation die Harnröhre bis zur Blase völlig, die Scheide bis auf einen geringen Rest entfernt worden. Nach Heilung der ursprünglichen Operationswunde bildete Verf. aus dem Reste der hinteren Scheidenwand eine Harnröhre, die er in die verkleinerte Blasenöffnung einnähte. Das distale Ende der neuen Harnröhre wurde unter einer Schleife des Sphincter ani ext. durchgezogen, schließlich die angefrischte Vulva über der Harnröhre völlig vernäht. Das Resultat war beide Male gute Kontinenz. Wichtig ist die Anlegung einer weiten suprapubischen Fistel vor der Operation, die eine Urininfiltration verhindert. **Renner** (Breslau).

19) **A. A. Trojanow.** Zur Kasuistik der vollständigen suprapubischen Prostatektomie nach Freyer.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 51.)

Die Hypertrophie der Prostata hatte beim 52 Jahre alten Pat. eine kolossale Größe erreicht: die beiden seitlichen Lappen reichten fast bis zur Seitenwand des Beckens; in die Blase sprang die Geschwulst faustgroß vor und verlegte total die Harnröhrenöffnung. Pat. konnte nur mittels eines Nélaton urinieren und ertrug sein Leben als Qual. Operation nach Freyer. Die Enukleation war oben und an den Seiten spielend leicht, hinter der Harnröhre schwer, gelang aber in 4—5 Minuten. Drain durch die Bauchwunde. Naht der Blase. Blutung 48 Stunden, heiße Spülungen mit Borsäure. Heilung nach zwei Monaten, hält vier Jahre später noch an. Pat. uriniert normal, koitiert wie früher, aber keine Samenentleerungen. Prostata weich. Die entfernte Geschwulst bestand aus normalem Gewebe, und nur an einer Stelle fand man beginnenden atypischen Bau des Epithels.

Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

20) **B. N. Cholzow.** Zur Kasuistik seltener Formen von Harnverhaltung. Chronische Kontraktur des Blasenhalses.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 48.)

Zwei Fälle. 1) 45jähriger Mann leidet von Kindheit an an erschwertem Urinieren. Die letzten 20 Jahre ist die Verhaltung fast vollständig und muß Pat. täglich 4—5mal einen Nélaton einführen, der frei durchgeht. Ein Metallkatheter, ebenso ein Cystoskop kann nicht in die Blase gebracht werden. Harn alkalisch, übelriechend, von Zeit zu Zeit blutig. Die Cystotomie ergab ein kirschgroßes gutartiges Fibroadenom im Blasenhals, wahrscheinlich angeboren. Nach der Operation kann Pat. urinieren, doch muß er sich dabei anstrengen und bleiben dennoch 200—300g Residualharn nach; 2—3mal täglich, später einmal, muß der Nélaton zu Hilfe genommen werden. Sechs Monate später stürzte Pat. aus dem Wagen, worauf Verschlimmerung der Nephritis mit urämischen Symptomen eintrat; er wurde nach Ägypten geschickt und starb dort nach 2—3 Monaten.

2) 32jähriger Mann hatte vor 15 Jahren eine Gonorrhöe, leidet ebenso lange an Erschwerung des Harnlassens mit starken Schmerzen. In der Blase findet man 500—800 g Residualharn. Harn normal, die dicksten Instrumente passieren die Harnröhre frei; Genitalien, Prostata und Nieren gesund. Cystoskopie: Muskeltrabekel stark ausgeprägt, das Trigonum verdickt und emporgehoben, sein hinterer Rand stark ausgeprägt und verdickt, dahinter und parallel zu demselben mehrere dicke Falten, eine dicht hinter der anderen. Nervensystem normal. Kein Sphinkterkrampf. Dauerkatheter für $1^1/_2$ Monate — keine Besserung. Operation unter Rückenmarksanästhesie (Tropakokain): prärektaler Schnitt, Eröffnung der Pars membranacea. Im Blasenhals eine ringförmige Striktur mit glatter Oberfläche, die kaum die Fingerkuppe durchläßt. Erweiterung mit einem, dann zwei Fingern; dabei Einriß der Striktur. Nach elf Tagen Einschnitt in den Ring, hinten, mit Bottini's Inzisor; zwei Tage später Verweilkatheter in die Harnröhre für 17 Tage. Darauf uriniert Pat. spontan; nach weiteren sieben Tagen ist die Wunde geheilt; noch 16 Tage später zeigt die Cystoskopie die Falten in der Blase zur Hälfte geglättet. Pat. läßt den Harn anstandslos, und man findet darauf in der Blase nur noch 50 g Residualharn. **Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

21) **Lowie.** Deux cas de rupture de la vessie.

(Annales de la société belge de chir. 1907. November.)

Im ersten Falle war ein Kutscher vom Wagen gestürzt und überfahren worden Der 4 cm lange intraperitoneale Blasenriß wurde 17 Stunden nach dem Trauma genäht und Heilung p. p. erzielt.

Interessanter ist der zweite Fall. Bei einem Dienstmädchen war 4 Monate nach einer Entbindung eine rasch wachsende Ovarialcyste entstanden, die viel Beschwerden und Temperatursteigerungen verursachte. Bei der Operation erwies sie

sich als mit übelriechendem Eiter gefüllt. Wegen ausgedehntester fester Verwachsungen gelang die Exstirpation nur teilweise, und es wurde tamponiert. Nach einer Reihe von Tagen entstand plötzlich eine Blasenfistel in die tamponierte Tasche hinein, die, in der vorderen Wand befindlich, sofort entdeckt und genäht wurde und heilte. Nach weiteren 3 Wochen erneute Blasenfistel, die trotz mehrfachen Suchens nicht gefunden wurde. Bei einem Sondierungsversuch platzte die Bauchnarbe, und es entstand ein großer Darmvorfall, der sofort in Narkose reponiert wurde; in derselben Sitzung spaltete L. die vordere Blasenwand, fand die Fistel ganz hinten am Trigonum, vernähte beide Blasenöffnungen und erzielte nunmehr völlige Heilung. **Vorderbrügge** (Danzig).

22) **H. K. Leake.** Chronic perforating ulcer of the bladder.
(New York med. record 1907. Juli 6.)

L. beschreibt einen Fall von perforierendem Ulcus vesicae simplex, der tödlich endete. Der Sitz solcher Ulzerationen sei gewöhnlich der Blasenhals, aber bei diesem Falle saß dasselbe im Fundus. Die Dysurie war so stark, daß Verf. glaubte eine Vesiko-Vaginalfistel zur Ruhigstellung der Blase anlegen zu müssen.

Die Pathologie solcher vereinzelt beschriebener Fälle ist noch nicht geklärt und wird durch die Annahme »abnormalen Zellmetabolismus«, worauf L. rekurriert, auch nicht festgestellt. **Loewenhardt** (Breslau).

23) **F. Necker.** Chronische, sklerosierende Paracystitis; paravesicale Holzphlegmone. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildspitals in Wien.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Die chronischen Entzündungen des paravesicalen Bindegewebes sind seltener beobachtet, speziell als selbständiges Krankheitsbild wohl kaum. Im Falle des Verf. traten einige Monate nach einer perinealen Lithotomie Schmerzen in der Blasengegend ein, die allmählich zunahmen. Schließlich wurde auch eine zunehmende Verhärtung dieser Gegend konstatiert. Nachdem der Prozeß fast vier Jahre bestanden hatte, kam Pat. in die Zuckerkandl'sche Abteilung. Da das diagnostizierte paracystitische Infiltrat weder auf Umschläge noch Bier'sche Saugung noch Heißluftbehandlung zurückging, wurde nach Sectio alta derbes, schwieliges, auch die Muskulatur durchsetzendes Gewebe möglichst entfernt, in das die Blase wie eingemauert war. Nach drei Monaten waren dann die Infiltratreste geschwunden. Auch die vorher cystoskopisch beobachtete lokale Ischämie der Blase bestand dann nicht mehr. Das histologische Bild zeigte Granulationswucherung mit reichlicher Bindegewebsneubildung; färbbare Mikroorganismen wurden nicht gefunden, eine bakteriologische Untersuchung fand nicht statt.

Bei dem Fehlen einer rein ätiologischen Bezeichnung möchte Verf. den Fall dem klinischen Bilde der Holzphlegmone anreihen. **Renner** (Breslau).

24) **R. Lichtenstein.** Über diffuse inkrustierende Cystitis. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildspitals in Wien.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Bisher stand die Therapie dieser schweren und quälenden Erkrankung ziemlich machtlos gegenüber. In den letzten zwei beobachteten Fällen gelang es jedoch Zuckerkandl, den Prozeß durch radikale Operation zu vollständiger und anscheinend dauernder Heilung zu bringen. Von typischer Sectio alta aus wurden die inkrustierten Geschwüre teils mit Schere, teils mit scharfem Löffel entfernt, die Defekte mit Catgut genäht, die übrige Schleimhaut mit Jodtinktur verätzt, die Blase an der Muskulatur befestigt und bis auf eine Lücke zur Heberdrainage geschlossen. Die Kranken konnten nach 28 bzw. 38 Tagen geheilt entlassen werden. Im ersten Falle ließ sich noch nach zwei Jahren cystoskopisch normaler Befund erheben. Nach Auskunft des behandelnden Arztes war auch bei der zweiten Pat. nach 1¼ Jahren der Zustand normal. **Renner** (Breslau).

25) **Kibbie.** A complicated case of vesical calculus.

(Journ. of the american med. association 1907. Nr. 18.)

Aus der Blase einer 30 Jahre alten Frau entfernte Verf. durch Kolpocystotomie eine Haarnadel, an der 2 große Blasensteine sich ausgebildet hatten.

Die erste Röntgenaufnahme durch das ganze Becken hindurch hatte nichts ergeben; da entschloß sich der Verf., die Platte bei einer zweiten Aufnahme in die Scheide einzuführen, und nun gelang eine vorzügliche Aufnahme.

W. v. Brunn (Rostock).

26) **R. Paschkis.** Über Komplikation von Blasenstein mit anderweitigen Steinbildungen im Harnsystem. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildspitals in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Die in der Literatur niedergelegten Fälle von Steinbildung zugleich an verschiedenen Stellen des Harnsystems sind nach des Verf. Angabe meist zufällige Operations- oder Obduktionsbefunde. Er teilt daher einige mit, bei denen es durch die Anwendung neuerer Methoden, namentlich der Röntgenographie, gelang, solche schon klinisch festzustellen, und dementsprechend die Operation zu wählen. Beim ersten Falle von freiem Blasenstein und Divertikelblasenstein waren mehrere Lithotripsien erfolglos gewesen, da sie immer nur den einen, hinter der Prostata festgekeilten Stein verkleinerten. Durch Röntgenuntersuchung wurden dann noch mehrere nicht mit der Sonde fühlbare Steine festgestellt und die Diagnose Divertikelstein durch Operation bestätigt.

Bei einem Pat. mit Myelitis war zwei Jahre nach einer Hernienoperation, bei der eine Blasenverletzung stattgefunden hatte, eine Blasenfistel entstanden. Bei der Operation fanden sich zwei Blasen- und ein Prostatastein, die Verf. für in der Blase entstanden halten möchte, obwohl bei Myelitis auch Steinbildungen in der Niere beobachtet sind.

In einem weiteren Falle handelte es sich um einen freien Blasenstein und einen wahrscheinlich nach einer vorhergegangenen Lithotripsie in der Pars prostatica entstandenen Stein, der in seiner Form einer kleinen Prostata ähnelte, vesicalwärts eine Rinne besaß.

Bei einer Kombination von Blasen- und Harnleiterstein spricht sich P. dafür aus, daß letzterer im Harnleiter selbst entstanden sei.

Zwei weitere Fälle betreffen Kombination von Blasen- und Nierensteinen.

Renner (Breslau).

27) **A. v. Frisch.** Bericht über 300 operierte Blasentumoren.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Von den 300 Fällen waren 201 sogenannte gutartige Papillome, deren Untersuchung durch Serienschnitte aber den Beginn krebsiger Degeneration in mehr als der Hälfte der Fälle ergab, so daß im ganzen zwei Drittel aller Geschwülste als bösartig anzusehen sind. Demnach erscheint F.'s Operationsmethode, auch bei noch so schlankem Stiele stets ein Stück der Blasenschleimhaut mit zu exstirpieren, vollauf gerechtfertigt. Bei den nicht papillären Karzinomen wurde die Blasenwand in ganzer Dicke reseziert. F.'s Operationsmethode war — abgesehen von einem Falle von Vesicovaginalschnitt — immer die Sectio alta. Zu komplizierteren Methoden, wie Symphysenresektion, sah er sich nie genötigt, nahm allerdings auch nie eine Totalexstirpation der Blase vor.

Da alle Todesfälle bei gutartigen Papillomen nur Fälle kompletter Blasennaht betrafen, während von den mit Tamponade und Heberdrainage behandelten keiner starb, hält Verf. letztere Methode für die sicherste. Die Schleimhautdefekte versorgt er mit Catgutnaht und verkleinert die Weichteilwunde. In den letzten Jahren hat F. komplette Naht versucht, wenn der Harn nicht zu sehr zersetzt war.

Die Gesamtmortalität betrug 14 %, bei den Karzinomen 25 %, bei den Papillomen 9 %.

Die Rezidive gutartiger Papillome saßen nie an der Stelle der primären Geschwulst. In drei Fällen sah F. nach Entfernung gutartiger Papillome bösartige Rezidive.

Da in der Mehrzahl der Fälle die Neubildungen der Blase eine ernste Erkrankung darstellen, hält er eine Operation für strikt indiziert, und zwar nur eine solche, bei welcher das Blaseninnere dem Gesichts- und Tastsinn vollkommen zugänglich wird, also nur die Sectio alta, ist also prinzipieller Gegner aller endovesicalen Operationen. **Renner** (Breslau).

28) **F. Brunner.** Descensus des rechten Ureters ins Skrotum, eine Hernia inguino-scrotalis vortäuschend.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 275.)

An einem 41jährigen Manne operierte B. eine vermeintliche Hernie. Als am Samenstrang die Tunica vaginalis communis gespalten war, wurde statt des erwarteten Bruchsackes ein sonderbares Gebilde entwickelt, ähnlich einer kleinfingerdicken Darmschlinge samt Mesenterium. Diese Schlinge, schöne Kontraktionen zeigend, wird als Harnleiter erkannt. Sein Mesenterium, d. h. eine einfache Bindegewebsplatte mit zuführenden Gefäßen, enthält noch einen zweiten dünneren und kürzeren, auch schlingenförmig verlaufenden Kanal: einen zweiten Harnleiter. Da eine Reposition des größeren Harnleiters in die Bauchhöhle nicht glückt, wird derselbe reseziert, seine Stümpfe nach Invagination vernäht und durch den Leistenring reponiert, die Außenwunde genäht. Pat. hatte die ersten Tage blutigen Urin, genas im übrigen glatt.

Daß der genähte Harnleiter der Harnpassage diente, wird durch den Blutgehalt des Harns nach der Operation erwiesen. Seine Erweiterung spricht für Vorhandensein einer Striktur distalwärts. Ob beide Harnleiter getrennt in die Blase mündeten oder sich weiter unten vereinigten, bleibt ungewiß. — Den Grund für diese Harnleiterdystopie sieht B. mit Wahrscheinlichkeit darin, daß der herabsteigende Hoden den Harnleiter mit auf den Weg nahm. Es mag eine Verklebung zwischen beiden Organen bestanden haben, die sich später löste. B. vergleicht im übrigen seinen bislang ohne Seitenstück dastehenden Fall mit den bisher beobachteten Fällen von Hernien des Harnleiters.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) **S. P. Fedorow.** Zur Ureterenchirurgie.

(Russ. Archiv für Chir. 1906. [Russisch.])

In den letzten 3 Jahren hatte die 65jährige Pat. alle 2—3 Monate Anfälle heftiger Schmerzen in der linken Seite, nach deren Abklingen am Schluß einer kurzen Harnverhaltung Steinchen abgingen. Vor $2^1/_2$ Jahren wurde eine dreima 42 Stunden dauernde Anurie durch Harnleiterkatheterismus behoben, worauf ein kleiner Stein abging. Die Urinmenge betrug ca. 3 Liter. Einen Monat später abermals 24stündige Anurie. — Pat. kam jetzt mit der Angabe, seit 36 Stunden nicht uriniert zu haben. Die rechte Harnleitermündung war nicht auffindbar. In den linken Harnleiter wurde ein Katheter eingeführt, aus dem sich in $5^1/_2$ Stunden 1100 ccm Urin entleerten.

Nach 7 Tagen kam Pat. abermals, diesmal fiebernd. Der Katheter stieß 10 cm aufwärts auf ein Hindernis, doch entleerte sich nun Urin. Nachdem der Katheter mit einem Mandrin versehen war, gelang es, das Hindernis zu überwinden, wonach einige Tropfen Eiter, später Harn entleert wurde. Als weiterhin doch wieder Anurie eintrat und die Pat. unter Fieber (39,2) immer elender wurde, operierte F. sie. Da sie ungeheuer fett war, mußte der Schnitt sehr lang gemacht werden. Schließlich war — nachdem das Bauchfell abgeschoben war — der Harnleiter fast in ganzer Ausdehnung sichtbar. Er enthielt an der Kreuzungsstelle mit der Art. hypogastrica einen $1^1/_2$ cm langen über $^1/_2$ cm breiten Stein. Oberhalb war er so stark wie ein kleiner Finger. Er wurde in der Längsrichtung gespalten. Der Stein lag in einer Ausbuchtung des Harnleiters wie in einem Divertikel. Von der Wunde

aus wurde ein Katheter durch die Blase nach außen geführt. Der Harnleiterschnitt wurde quer vernäht.

Der Katheter blieb 10 Tage liegen, der Harnleiter heilte glatt. Dagegen vereiterte die lange Bauchnaht, auch bildete sich ein schwerer Dekubitus am linken Trochanter, so daß Pat. erst nach 5 Monaten entlassen wurde, dann aber dauernd (Kontrollzeit 11 Monate) gesund blieb.

Die rechte Niere fehlte nach F. offenbar. **V. E. Mertens** (Kiel).

30) **V. Blum.** Die Bedeutung des reno-renalen Reflexes für die Pathologie und Diagnostik der Nierenkrankheiten. (Aus der Abteilung für Krankheiten der Harnorgane der Wiener allgemeinen Poliklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Von den drei in der Harnpathologie bestehenden, durch Guyon festgestellten Reflexgruppen unterzieht Verf. den reno-renalen Reflex einer Besprechung.

Für den reno-renalen Reflexschmerz führt er drei Beobachtungen an; die erste ist am eklatantesten: hier wurde sogar durch Druck auf die kranke Niere (Stein) regelmäßig ein stechender Schmerz in der anderen Seite ausgelöst, die durch alle Methoden als gesund erkannt war. Auch in mehreren Fällen von Nierentuberkulose und einseitiger Geschwulst wurden Schmerzen ausschließlich auf der gesunden Seite lokalisiert. Selbst nach der Exstirpation des kranken Organes blieben auf der gesunden Seite Schmerzen zurück, die als vom Stumpfe übertragen gedeutet wurden.

Es können aber auch Täuschungen vorkommen; so fand sich in einem Falle, bei dem auch reno-renaler Schmerzreflex angenommen werden konnte (Röntgenbefund auf der anderen Seite positiv), bei der Cystoskopie noch ein Konkrement in der Harnleitermündung der anscheinend gesunden Seite.

Einige andere Beobachtungen betreffen reno-renale reflektorische Anurie, wie sie bei jeder Art von Abflußhinderung der anderen Seite, ferner nach Exstirpation einer Niere, endlich auch nach Harnleiterkatheterismus beobachtet wird. Speziell einem Falle postoperativer Anurie, der zum Tode führte, entnimmt Verf. einen neuen Beweis dafür, daß sie auch bei Vorhandensein einer vollkommen gesunden Niere zustande kommen kann.

Zur Lehre von der sympathischen Nephritis führt er folgendes an: zweifellos sind viele Nephritiden einseitig, führen auf dem Wege des reno-renalen Reflexes zu funktionellen, später auch anatomischen Störungen der anderen Seite; folgerichtig kann also in manchen Fällen durch Nephrektomie auf der kranken Seite der sekretionshemmende Einfluß behoben werden. So wären auch die Erfolge der Enthülsung bei der Bright'schen Krankheit vielleicht zu erklären. Beobachtungen zu dieser Gruppe bringt K. nicht. Kurze Literaturangabe.

Renner (Breslau).

31) **H. Schaad.** Ein Fall von erworbener Nierendystopie mit Hydronephrose. Beitrag zur Kenntnis der Nierendystopie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 289.)

S.'s Fall gehört der Baseler Klinik, in der er durch Prof. Enderlen operiert wurde, und zwar unter der falschen Diagnose Appendicitis. Der 17jährige Pat. (Konditor) war, wie nachträglich erkundigt wurde, vor 4 Jahren als damals lang aufgeschossener magerer Junge mit großer Wucht den Kopf voran einen steilen Abhang hinuntergestürzt, wobei er sich den Bauch stieß. Es folgte eine mit starken Schmerzen verbundene Unterleibserkrankung, die, als Blinddarmentzündung diagnostiziert, 5wöchige Bettruhe erfordert. Nach 1jährigem Wohlbefinden erneuter »Perityphlitisanfall« von 2wöchiger Dauer, während dessen rechts zwischen Nabel und Symphyse eine bewegliche etwa faustgroße Geschwulst zu fühlen war, Störungen und Beschwerden hinsichts Urinentleerung übrigens nicht bemerkt wurden. Jetzt kam Pat. ins Spital, am Aufnahmetage akut unter äußerst heftigen Bauchschmerzen erkrankt mit stark aufgetriebenem Leib, weshalb alsbald (4 Stunden nach Beginn

des Anfalls) zur Operation geschritten wurde. Nach Eintritt der Narkose wurde rechts eine kindskopfgroße Geschwulst, anscheinend retroperitoneal, fühlbar, die mit der angenommenen Appendicitis in Zusammenhang gebracht wurde. Indes fand sich nach Öffnung der Bauchhöhle, daß es sich um die verlagerte und hydronephrotisch gewordene rechte Niere handelte, deren Gefäße an normaler Stelle aus der Aorta bzw. Cava inf. entspringend nachweisbar waren. Nach Nachweisung der linken Niere an ihrem normalen Standort Nephrektomie. Die Operation an sich wurde gut überstanden, doch erkrankte Pat. während der Rekonvaleszenz an Ileus, dadurch veranlaßt, daß das hintere Parietalperitoneum, hinter dem die Niere herausgenommen war, zwecks Gazetamponade in die Wunde genäht war und das so gebildete septumartige Band in der Bauchhöhle zu einer Darmverwachsung und Knickung geführt hatte. Es gelang operativ die Darmpassage herzustellen. Eine weitere Komplikation bereitete im zweiten Monate eine akute Angina, welche vorübergehende Nephritis der erhaltenen linken Niere veranlaßte. Endausgang gut.

Daß es sich in diesem Fall um eine angeborene Nierendystopie nicht hat handeln können, folgt aus dem Abgange der Nierengefäße an anatomisch richtiger Stelle. Der vom Pat. vor 4 Jahren erlittene Fall wird zunächst eine starke Nierenlockerung und Dislokation bewirkt haben, an welche sich alsbald Harnleiterknickung und Harnstauung im Nierenbecken anschlossen, klinisch das Bild der Appendicitis vortäuschend, dem auch die späteren Kolikrezidive entsprachen.

Anknüpfend an diesen eigenen Fall gibt S. eine eingehende Allgemeinbesprechung über die Nierendystopie, von welcher hier insbesondere die Notizen über entwicklungsgeschichtliche Bildung der Nieren, über Wachstum und topographische Ortsänderung der fötalen Nierenanlage hervorgehoben werden mögen, da diese Verhältnisse, durch mehrere Abbildungen erläutert, die Topographie der angeborenen Nierendystopie verständlich machen. Aber auch die Statistik, Klinik, Prognose und Behandlung der Nierendislokation werden gewürdigt, insbesondere letztere, betreffend die Frage nach Berechtigung der Nephrektomie. Im Berichtsfalle blieb diese Operation der einzig gangbare therapeutische Weg, da eine Plastik am Harnleiter bzw. Nierenbecken zur Beseitigung der Hydronephrose wegen der vorhandenen großen Dünne der Nierenbeckenwand nicht ausführbar war. Zum Schluß der Arbeit steht ein 48 Nummern zählendes Verzeichnis der in ihr benutzten Literatur.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) J. Richter. Infizierte Hydronephrose einer angeborenen dystopischen Niere. (Aus der chirurgischen Abteilung des Rothschildhospitals in Wien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Die Niere lag mit ihrer Rückenfläche der Kreuzbeinexkavation an, ihr Hilus war nach vorn gekehrt, das erweiterte Nierenbecken hatte sich dementsprechend nach rechts oben ausgebreitet. Aus dieser Lage und dem Vorhandensein dreier Nierenarterien, die an verschiedenen Punkten eintraten, schließt Verf. auf eine angeborene Verlagerung. Auch das Verhalten des Parenchyms spricht dafür, daß die Infektion erst später hinzugetreten ist. Kurze Literaturangabe.

Renner (Breslau).

33) U. Wilcke. Beiträge zur Kenntnis metastatischer renaler und perirenaler Abszesse.

Inaug.-Diss., Rostock, 1907.

Mitteilung von 10 Fällen renaler und perirenaler Abszesse, die in der Rostocker chirurg. Klinik zur Beobachtung kamen. In 9 Fällen ergaben sich hinsichtlich der Ätiologie sichere Anhaltspunkte. In 5 Fällen sind Furunkel, in einem ein großer Karbunkel als Ursache des Prozesses zwanglos anzusehen. Eine Kranke hatte vorher an einem Panaritium des Daumens gelitten, eine andere hatte sich kleine eine Stiefeldruckwunde an der Hacke zugezogen, die zunächst eine Vereiterung der Lymphdrüsen zur Folge hatte, während erst später die Symptome der Para-

nephritis in die Erscheinung traten. In einem weiteren Falle entwickelte sich die Erkrankung im unmittelbaren Anschluß an eine körperliche Anstrengung. Der Zwischenraum zwischen dem Auftreten der Affektion, die die Ursache der Erkrankung bildete, und den ersten Anzeichen des metastatischen Prozesses war ein verschiedener, im allgemeinen schwankend zwischen 3 und 7 Wochen. In einem Falle fand sich ein besonders für die Entzündung des retroperitonealen Fettgewebes wichtiges Symptom, nämlich eine Flexionsstellung des Oberschenkels. Die Urinuntersuchung ergab keine für die Diagnose verwertbaren Anhaltspunkte. Nur in 2 Fällen fanden sich bei der Operation intrarenale Abszesse; in den übrigen Fällen konnten sichere Anhaltspunkte für einen renalen Ursprung der Abszesse nicht nachgewiesen werden, trotzdem dieselben bei der operativen Freilegung zum Teil erst einen geringen Umfang erreicht hatten und unmittelbar der Nierenoberfläche angrenzten. In 6 Fällen wurde Staphylokokkus pyogenes aureus gefunden. Schließlich führt Verf. noch 2 Fälle an, aus denen mit größter Wahrscheinlichkeit hervorgeht, daß kleine metastatische Herde der Niere, selbst eitriger Natur, zur spontanen Ausheilung kommen können. **Paul Wagner** (Leipzig).

34) **Burgos.** Gros calcul du rein enlévé par nephrolithotomie.

(Annales des malad. des org. gén.-urin. 1907. Nr. 22.)

Bei der 57jährigen Frau wurde mittels Nephrolithotomie ein 155 g schweres Konkerment entfernt, das 12 cm lang war und dessen größter Umfang $13^1/_2$ cm betrug. $4^1/_2$ Stunden nach der Operation starb die Kranke ganz plötzlich an Synkope, wohl veranlaßt durch einen sehr großen Kropf.

Paul Wagner (Leipzig).

35) **Cassanello.** Contributo alla genesi della diagnosi clinica ed alla terapia chirurgica della degenerazione policistica dei reni.

(XX. Congr. della soc. ital. di chir. — Morgagni 1907. Nr. 49.)

Bei einer Frau mit doppelseitiger Cystenniere wurden durch beiderseitige Nephropexie die Symptome der beweglichen Niere (Symptome von seiten der Verdauungsorgane) beseitigt, während die eigentlichen Erscheinungen der Cystenniere (Nierenkoliken, Fieber, Hämaturie) bestehen blieben. In einem Falle von beweglicher, einseitiger Cystenniere wurden die Schmerzen durch Nephropexie gebessert. C. glaubt, daß derselbe Prozeß die angeborene Cystenniere und die der Erwachsenen hervorruft. Die Diagnose wird namentlich bei beweglichen Nieren durch die Tastung im Verein mit den Symptomen (Koliken) ermöglicht. Während die Operation im allgemeinen sich auf die Nephropexie oder event. die Nephrotomie und Eröffnung großer Cysten beschränken soll, kann durch unerträgliche Schmerzen und schwere Blutungen auch die Nephrektomie begründet sein, wenn die zweite Niere gut funktioniert. **Dreyer** (Köln).

36) **Parlavecchio.** Un caso di rene policistico unilaterale operato con successo colla nefrectomia.

(XX. Congr. della soc. ital. di chir. — Morgagni 1907. Nr. 49.)

Seit 2 Jahren andauernde Schmerzen und Erbrechen führten bei fühlbarer beweglicher, gebuckelter Niere und verbreitertem, erhabenem Harnleiterwulst derselben Seite, während auf der anderen Seite der Harnleiter und der durch Harnleiterkatheterismus erhaltene Urin sich normal verhielten, zur Diagnose einer Cystenniere. Der Gesamturin war reichlich und von niedrigem spezifischen Gewicht, der der kranken Seite sehr gering und mit roten Blutkörperchen durchsetzt. Die Exstirpation der kranken Niere ergab Retentionscysten in dem interstitiell entzündeten Organ. Später traten auch auf der anderen Seite Schmerzen auf.

Dreyer (Köln).

37) **Ceci.** Contributo clinico sulle cisti soprarenali.

(XX. Congr. della soc. ital. di chir. 27—30. Oktober 1907.)

(Morgagni 1907. Nr. 49.)

Verf. hat zwei suprarenale Cysten operiert. Im ersten Falle war bei einer 32jährigen Frau ein rechtsseitiges, abgesacktes, peritonitisches Exsudat vor der

Operation angenommen. Bei dem Eingriffe fand sich eine retroperitoneal gelegene, die Niere nach vorn drängende Cyste, die mit Erfolg exstirpiert wurde. Im zweiten Falle war bei einer 45 Jahre alten Frau die linke Bauchseite von einer pulsierenden, fluktuierenden Geschwulst ausgefüllt, der rechts vom Nabel eine ovale Geschwulst vorgelagert war. Letztere wurde als linke Niere erkannt und dadurch die Diagnose einer suprarenalen Cyste gestellt. Die an Basedow'scher Krankheit leidende Pat. starb einen Tag nach dem Eingriff. In beiden Fällen fanden sich auf der operierten Seite keine Nebennieren, aber Reste von Nebennierengewebe in der Wand der Cysten. **Dreyer** (Köln).

38) **Alessandri.** Contributo alla chirurgia renale.

(XX. Congr. della soc. ital. di chir. 27.—30. Oktober 1907.)
(Morgagni 1907. II. Nr. 49.)

Aus 67 Nierenfällen zieht Verf. folgende Schlüsse: Für das Vorhandensein beider Nieren und die Diagnose Nierenstein gibt die Röntgendurchleuchtung wichtige Auskünfte. Den Separatoren ist der Harnleiterkatheterismus mit dem Nitze-Leiter'schen oder Albarran'schen Instrument, im allgemeinen an beiden Harnleitern ausgeführt, vorzuziehen. Bei Niereneiterungen oder Tuberkulose soll man sich auf die Sondierung der kranken Seite beschränken. Der Methylenblauprobe und der Phloridzinprobe mißt Verf. weniger Wert bei als der Harnstoffbestimmung sowie der Kryoskopie des Harns und Blutes. Schließlich berichtet er über einen interessanten Fall von Anurie bei chronischer Nephritis in der Schwangerschaft, die 18 Tage bereits gedauert hatte, als sie durch Nephrektomie für einen Monat beseitigt wurde. Dann trat Verschlimmerung und Tod ein.

Dreyer (Köln).

39) **M. Trappe.** Zur Kenntnis der renalen Adenosarkome (Nephroma embryonale malignum).

(Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. 1907. I. 1.)

Genaue histologische Beschreibung von drei Nierengeschwülsten, »bei denen es sich um unbegrenzt wuchernde Epithel- und Bindegewebsneubildungen handelte, und die deshalb als Adenosarkome zu bezeichnen sind«. Betrachtet man diese Geschwülste in ihrer Beziehung zur sich entwickelnden Niere, so sind sie exzessiv wuchernde bösartige embryonale Nieren, wenn man so will, bösartige Nephrome.

Paul Wagner (Leipzig).

40) **W. L. Bogoljubow.** Zur pathologischen Anatomie und Klinik der Hypernephrome.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Klinisch-diagnostische Charakteristika vermag auch B. nicht anzugeben. Er macht auf die große Häufigkeit der Knochenmetastasen aufmerksam, die wiederholt als primäre Geschwülste aufgefaßt wurden und z. B. zur Exstirpation eines Schulterblattes, eines Schlüsselbeins, zur Kniegelenksresektion geführt haben. Sie treten nach B.'s Meinung früh auf. Andererseits ist eine Reihe von Fällen bekannt geworden, bei denen erst lange (7, ja 10 Jahre) nach Exstirpation der kranken Niere Metastasen sich bemerkbar gemacht und zum Tode geführt haben.

B. berichtet klinisch und histologisch über 2 Fälle. Ein Pat. starb 4 Monate nach der Operation an zahlreichen örtlichen und entfernten Metastasen, der andere nach 3 Monaten (auch an Metastasen?). **V. E. Mertens** (Kiel).

41) **Edington and Findlay.** Cystic tumours of the abdomen: a series of specimens.

(Glasgow med. journ. 1907. Oktober.)

Unter den vier demonstrierten Präparaten betraf eins eine eigentümlich zusammengesetzte Eierstocksgeschwulst; sie bestand aus einer Kombination eines Cystadenoms mit zwei Dermoidcysten, von denen die eine rote, die andere schwarze Haare enthielt; daneben fand sich ein interstitielles Myom des Uterus.

W. v. Brunn (Rostock).

42) **Hirschberg.** Akute Orchitis durch Pyocyaneusinfektion.
(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Der Fall betrifft eine idiopathische Orchitis. Bei der Inzision des Abszesses erwies sich die Höhlung der Tunica vaginalis angefüllt mit gelbgrün gefärbten fast weichen, fibrinösen Massen, aus denen sich einige Tropfen ebenfalls leicht grün gefärbten Eiters mit fadem Geruch entleerten. Es ließ sich Pyocyaneus in Reinkultur nachweisen. **Borchard** (Posen).

43) **Ansilotti.** Contributo alla patologia del testicolo.
(XX. Congr. della soc. ital di chir. 27.—30. Oktober 1907.)
(Morgagni 1907. Nr. 47.)

Bei einem Prostatiker findet sich außer einer auf verschiedenen Bakterien, darunter auch mäßig virulenten Pyocyaneusbazillen, beruhenden Cystitis eine Orchiepididymitis suppurativa necroticans mit Reinkultur sehr virulenter Pyocyaneusbazillen. **Dreyer** (Köln)

44) **Y. Saito.** Ein Fall von durch Paratyphusbacillus B hervorgerufener Orchitis purulenta.
(Nippan-Eiseigakkwai-Zasshi Bd. III. Hft. 2 u. 3.)

Verf. hat bei einem Pat., der anamnestisch an einer leichten, typhusähnlichen Fieberkrankheit und dann, nachdem diese sich größtenteils gelegt hatte, durch ein Trauma beim Reiten an Orchitis purulenta erkrankte, ein colibacillusartiges Stäbchen isoliert. Die Bazillen waren im Eiter der Orchitis fast in Reinkultur vorhanden. Sie sind nach der Beschaffenheit der Kultur und dem Agglutinationsverfahren Paratyphus B. Auch agglutinierte das Serum des Kranken bei höherer Verdünnung von 5000fach Paratyphus B deutlich in 2 Stunden. Verf. fügt hinzu, daß die voraufgegangene Fieberkrankheit Paratyphus sein mußte und die Eiterung der Orchitis durch dieselben Erreger hervorgerufen wurde.
Oshida (Tokio).

45) **E. Gross** (Prag). Multiple gutartige Geschwülste der Vulva (Adenoma hidradenoides).
(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LX. Hft. 3.)

Seit Pick auf die im Bereiche der Scham auch bei Frauen nicht seltenen Schweißdrüsenadenome aufmerksam gemacht hat, die er in Anlehnung an französische Autoren als Adenoma hidradenoides bezeichnet, mehren sich einschlägige Beobachtungen. Der vorliegende Aufsatz aus der Prager Klinik v. Franqué's bringt eine Beobachtung von vier erbsengroßen einschlägigen Geschwülsten an den großen Labien einer 43jährigen Frau. Die mikroskopische Untersuchung der operativ entfernten Gebilde konnte die Gutartigkeit der Affektion, den bekannten lobulären Bau und die gleichmäßigen Epithelschläuche nachweisen. In den einzelnen Drüsenläppchen zeigten sich stellenweise homogene oder konzentrisch geschichtete Sekretschollen, in deren Außenschichten sich Kalk abgelagert hatte. Die mikroskopischen, ausgezeichneten Illustrationen lassen an der tubulären Adenomstruktur des ganzen keinen Zweifel. Verf. referiert kurz und übersichtlich unsere Kenntnisse über den fraglichen Gegenstand. **Kroemer** (Berlin).

46) **Schütze** (Königsberg). Eine seltene Beobachtung der Kombination von Karzinom, diffusem Adenom und Tuberkulose, nebst Bildung von Psammomkörpern im Uterus einer 40jährigen Nullipara.
(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LX. Hft. 3.)

Die Kombination von Tuberkulose und Karzinom ist zwar in letzter Zeit öfter geschildert worden. Am Uterus findet sie sich immerhin recht selten. S. bringt zu den zehn bisher bekannten Fällen einen besonders instruktiven neuen hinzu. Der betreffende Uterus wurde bei einer 40jährigen Nullipara wegen unstillbarer Blutungen entfernt. Bei der Untersuchung erwies sich die Cervix als von einem ziemlich weit vorgeschrittenen Adenokarzinom eingenommen. Das Corpus uteri

war diffus verdickt und von einem typischen Adenoma diffusum durchsetzt. Drüsenstränge, umgeben von cytogenem Gewebe, durchziehen das hyperplasierte Myometrium bis unter die Serosa. Im Bereiche des Korpus, in dem Endometrium, ebenso wie in den Adenompartien und im Myometrium fand S. eine ausgebreitete Tuberkelentwicklung mit typischen Langhanszellen. Die Epithelwucherungen in den an Tuberkel grenzenden Drüsen war ausgesprochen vorhanden. In den äußeren Muskelschichten, nahe den tuberkulösen Herden, hatten sich frische Psammomkörner gebildet. Der Tuberkelbazillennachweis mißlang. Leider erfahren wir nichts über den klinischen Verlauf. **Kroemer** (Berlin).

47) **Tillmann.** Die Endresultate von 288 Fixationen der Ligamenta rotunda (Alexander-Adams'sche Operation).

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 318.)

Nach dem Berichte des Verf.s hat sich die Alexander-Adams'sche Operation zur Korrektur von Lageanomalien des Uterus und zur Beseitigung der mannigfachen hieraus resultierenden Beschwerden, besonders der Erwerbsbeschränkung, vorzüglich bewährt. Bei ausgebildetem Descensus uteri et vaginae wurde mit der genannten Operation in 54 Fällen die Kolpoperineoplastik verbunden.

Eine Nachuntersuchung von 130 Pat. ergab nur 3% Rezidive der Uterusdeviation und in den allermeisten Fällen auch volle Erwerbsfähigkeit und Fehlen jeglicher Beschwerden. Von 99 für Gravidität in Betracht kommenden Frauen hatten 26 zum Teil mehrmals spontan geboren und 13 konzipiert, selbst nach längerer Sterilität. 2 Todesfälle waren nicht mit Bestimmtheit der Operation zur Last zu legen. Mit nur einer Ausnahme kam es nie zu postoperativen Hernien.

Verf. erblickt daher in der Alexander-Adams'schen Operation eine ideale Methode zur Beseitigung der pathologischen Rückwärtsverlagerung des nicht oder nur wenig verlagerten Uterus, die mit Rücksicht auf ihre Ungefährlichkeit auch bei älteren Personen ausgeführt werden kann.

Eine Gegenindikation ist in floriden Adnexerkrankungen und ausgedehnten Verwachsungen gegeben, in welchen Fällen abdominale Operationen vorzuziehen sind. **Reich** (Tübingen).

Der IV. Kongreß

der

der deutschen Röntgen-Gesellschaft

wird unter dem Vorsitz von H. Gocht-Halle a. S.

am Sonntag, den 26. April 1908,

im Langenbeckhaus in Berlin stattfinden.

Allgemeines Thema: Der Wert der Röntgenuntersuchungen für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose.

(Referenten: Rieder-München und Krause-Jena.)

Mit dem Kongreß wird eine Röhrenausstellung vorwiegend historischen Charakters verbunden sein.

Anmeldungen für Vorträge, Demonstrationen usw. sind an den Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Immelmann, Lützowstraße 72, Berlin W. 35, zu richten. *Dr. **H. Gocht.***

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 7. Sonnabend, den 15. Februar 1908.

Inhalt.

I.

Der McBurney'sche Punkt.

Von

Prof. Lanz in Amsterdam.

Während eines Aufenthaltes in Neapel 1893 frappierte mich bei der bekannten Bronzestatue eines schlafenden Fauns im dortigen Nationalmuseum eine die beiden Spinae anteriores supp. verbindende Hautfalte dermaßen, daß ich beschloß, dieselbe — nach Analogie des Kocher'schen Kragenschnittes am Halse — in Zukunft für diejenigen Fälle seitlicher Laparotomie zu verwenden, wo kosmetische Rücksichten in Frage kommen könnten.

Diese Indikation tat sich nun zuerst und am häufigsten bei der Appendektomie vor, und ich habe den in die bispinale Querfalte gelegten Hautschnitt (— mit darauffolgender stumpfer Dissoziation der

Muskulatur nach dem muskelschonenden Prinzip McBurney's, das eine Art Irisblende schafft —) später als **Gürtelschnitt** bezeichnet[1] und mit der Abbildung einer Marmorstatue der Aphrodite im Konservatorenpalast zu Rom illustriert, die besonders treffend beweist, wie genau bekannt den Bildhauern der Antike die Haut war als das damals natürlichste Körperkleid des Menschen (cf. Fig. 1).

Dabei fiel mir in der Folge auf, daß ich mit dem in diese Interspinalfalte gelegten Hautschnitt viel unmittelbarer den Wurmfortsatz traf als mit dem damals gewöhnlich geübten Schrägschnitt; und diese Beobachtung gab mir den Anlaß, der Lokalisation des Wurmfortsatzes speziellere Aufmerksamkeit zu widmen.

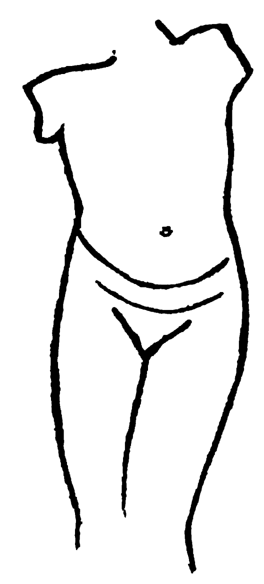


Fig. 1. Marmorstatue der Aphrodite im Konservatorenpalast zu Rom. (Folia Helbingiana I, Nr. 4.)

In dieser Absicht und mit dem Nebenzweck, mich in der Palpation der Appendix zu üben, zeichnete ich in den Jahren 1897 bis 1899 jeden Wurmfortsatz, den ich zu fühlen glaubte, mit Goldchloridlösung möglichst exakt auf die Bauchdecke und überzeugte mich dann bei der Operation von der Richtigkeit resp. wiederholt von der Falschheit des Palpationsbefundes. Dabei lernte ich, daß die Abgangsstelle des Processus vermiformis in der Regel in der Bispinallinie liegt, und zwar im rechtsseitigen Drittelpunkte, d. h. zwischen mittlerem und rechtsseitigem Drittel derselben.

1902 bat ich meinen Assistenten Dr. Slingenberg, diesen Befund auch an der Leiche zu prüfen, und zwar mittels Injektion einer Farbstofflösung mit Spritze, oder mittels Einführung von Nadeln ins Peritoneum durch einen Trokar hindurch. Diese Untersuchungen bestätigten vollauf die seinerzeit am Lebenden gemachten Beobachtungen.

Nun las ich neulich im »International text-book of surgery« in dem von McBurney bearbeiteten Kapitel über die Chirurgie des Wurmfortsatzes, daß die Basis desselben »lies in the right iliac fossa, behind a point 2 inches from the anterior superior spine of the ileum, and on a line from this spinous process to the umbilicus«, d. h. dem bekannten McBurney'schen Punkt entspreche; und Holmes sagt in seiner jüngst erschienenen Bearbeitung der Appendicitis: »in every instance the incision passes through the skin directly over the so-called McBurney's point.«

Diese Angabe, die so gar nicht mit meinen früheren Erhebungen stimmt, veranlaßte mich, nochmals auf dieselben zurückzukommen,

[1] Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1904. I. 12.

und ich bat meinen Assistenten Dr. Schröder, in noch exakterer Weise den McBurney'schen Punkt und meinen Punkt zu präzisieren resp. deren Beziehungen zu der Abgangsstelle des Wurmfortsatzes zu fixieren.

Dies geschah in der Weise, daß die beiden Spinae ant. sup. durch eine Linie verbunden wurden, welche mit einem Meßband in drei gleiche Teile eingeteilt wurde. An deren rechtsseitigem Drittelpunkte wurde eine lange Nadel genau lotrecht eingesteckt und mittels leichterer Hammerschläge im Becken fixiert. Dann wurde der McBurney'sche Punkt bestimmt und ebenfalls mit einer eingetriebenen langen Nadel markiert. Nach Abklemmung dieser beiden eingesteckten Nadeln im Niveau der Haut wurde dieselbe zurückgeklappt und die Beziehungen der Eingeweide zu den Nadeln in situ gezeichnet und gemessen.

Es ergaben sich in 20 sukzessive untersuchten, zur Sektion kommenden Fällen die folgenden Verhältnisse:

Nr.		McB.	L.
1	17jähriges Mädchen, † an Darmtuberkulose	Trifft das Colon ascendens 1 cm über der Einmündung d. Ileum	Entspricht ganz genau d. Höhe der Appendixmündung, liegt aber $1^{1}/_{2}$ cm medial von derselben und trifft den Ureter an der Stelle, wo dieser die Linea innominata passiert.
2	35jährige Frau, † an Myokarditis	Trifft das Colon ascendens oberhalb der Ileumeinmündung	Basis der Appendix $^{1}/_{2}$ cm über der Spinalinie u. $1^{1}/_{2}$ cm lateral von Punkt L.
3	53jährige Mann, † an Carcinoma ventriculi	Trifft die Innenseite d. Colon ascendens 2 cm über der Ileumeinmündung	Einmündung der Appendix genau in der Bispinallinie, 2 cm lateral von Punkt L.
4	17jähriger Jüngling, † an Peritonitis tuberculosa (sehr stark gefüllte Blase)	Trifft den Außenrand d. Kolon, resp. dessen Winkel m. d. Ileumeinmündung	Appendixmündung $1^{1}/_{2}$ cm oberhalb der Bispinallinie u. $^{1}/_{2}$ cm lateral von Punkt L.
5	58jähriger Mann, † an chron. Nephritis	Fällt $^{1}/_{2}$ cm nach außen vom Rande d. Colon ascendens oberhalb der Ileummündung	Appendixmündung liegt 1 cm oberhalb der Bispinallinie und $^{1}/_{2}$ cm lateral von Punkt L.
6	59jährige Frau, † an chron. Nephritis	Entspricht d. Winkel zwischen Kolon und Ileummündung	Appendixmündung 1 cm über d. Bispinallinie, 1 cm lateral von Punkt L.
7	45jähriger Mann	Trifft das Kolon oberhalb der Ileummündung	Appendixmündung $1^{1}/_{2}$ cm unterhalb der Bispinallinie, direkt unter Punkt L.
8	42jährige Frau, † an Pneumonie (sehr starker Meteorismus)	Trifft das Coecum entsprechend d. oberen Rande des Ileum	Appendixmündung liegt zwischen McB und L, oberhalb der Bispinallinie, direkt über Punkt L.
9	72jähriger Mann, † an chronischer Nephritis (starker Ascites)	Fällt direkt unterhalb der Ileummündung	Appendixmündung entspricht d. Punkt McB.
10	Alte Frau mit starker Adipositas, Nephrolithiasis	Trifft das Colon ascendens weit oberhalb der Ileummündung	Appendixmündung liegt genau in der Bispinallinie, schwach 1 cm lateral von Punkt L.

Nr.		McB.	L.
11	19jähriges Mädchen, † an Peritonitis tuberculosa	Trifft das Colon ascendens mehrere Zentimeter oberhalb der Ileummündung, 1 cm lateral von derselben	Appendixmündung liegt 1 cm unterhalb der Bispinallinie, direkt unter Punkt L.
12	27jähriger Mann, † an Lues cerebri	Trifft das Colon ascendens	Appendixmündung liegt in der Bispinallinie, genau im Punkt L.
13	79jähr. Mann, Prostatahypertrophie, † an Pneumonie	Trifft das Colon ascendens 1 cm lateral von d. Ileumeinmündung	Appendixeinmündung genau im Punkt L.
14	16jähriger Mann, † an Appendicitis perforativa	Entspricht dem Colon ascendens oberhalb d. Ileumeinmündung	Appendixeinmündung $1/2$ cm lateral u. 2 cm unterhalb Punkt L.
15	45jähriger Mann, † an Nephritis chron.	dito	Appendixeinmündung direkt unterhalb Punkt L.
16	53jährige Frau, † an Tuberculosis pulmon.	dito	dito
17	23jähriger Mann, † an Tuberculosis intestin. (sehr starke Verwachsungen sämtl. Bauchorgane)	Trifft das Colon ascendens sehr hoch oben	Trifft das Colon ascendens oberhalb der Ileumeinmündung
18	Alter Mann, † an Carcinoma oesophagi	Fällt medial v. Innenrande d. Colon ascendens	Appendixeinmündung $1/2$ cm unterhalb d. Bispinallinie, $1^1/_2$ cm lateral von Punkt L.
19	Mann, † an Nephritis chron. (sehr starker Ascites)	Fällt in den Winkel zwischen Ileummündung und Coecum	Appendixeinmündung 1 cm unterhalb Punkt McB.
20	26jähriger Mann, † an Tuberculosis pulmon.	Trifft das Colon ascendens oberhalb der Ileummündung	Appendixeinmündung $1^1/_2$ cm über d. Interspinallinie, $1/_2$ cm lateral von Punkt L.

Die von mir vor 10 Jahren in der Schweiz nach Beobachtungen am Lebenden gezeichnete schematische Fig. 2 entspricht also genau

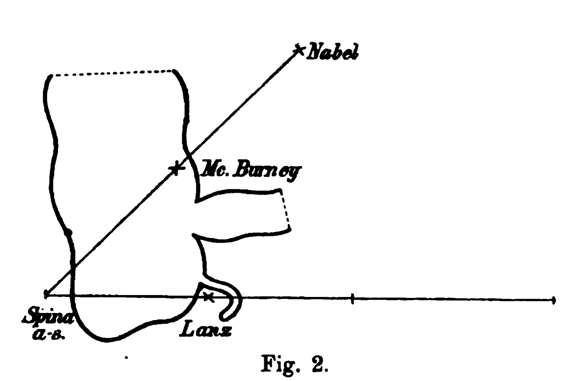


Fig. 2.

den von meinen Assistenten hier an der Leiche gemachten Erhebungen, und ich ziehe aus denselben folgende Schlüsse:

1) Die Lage der Appendix — soweit deren Einmündungsstelle in Betracht fällt — ist eine viel konstantere als zurzeit allgemein angenommen wird.

2) Der McBurney'sche Punkt hat mit der Lage des Wurmfortsatzes nichts zu tun.

3) Vielmehr entspricht der McBurney'sche Punkt der medialen Seite des Colon ascendens und trifft dasselbe meist an einer 4—5 cm oberhalb der Basis der Appendix gelegenen Stelle.

Seltener entspricht der McBurney'sche Punkt dem Winkel zwischen Einmündungsstelle des Ileum und Colon ascendens, und nur in pathologischen Fällen (z. B. bei stärkerem Ascites wie in Nr. 9 und 19) liegt die Basis der Appendix im Bezirke des McBurney-schen Punktes.

4) In der Regel findet sich die Abgangsstelle des Wurmfortsatzes im Rayon (d. h. innerhalb des Bereiches der palpierenden Fingerkuppe) des rechtsseitigen Drittelpunktes der Interspinallinie. Bei intraperitonealer Injektion einer Farbstofflösung an diesem Punkte wurde meist die Basis der Appendix oder diese selbst gefärbt, während beim Einstecken von Nadeln die Einmündung der Appendix etwas lateral von diesem Punkte zu finden war. Dem rechtsseitigen Drittelpunkte der Interspinallinie kommt also für die Lokalisation des Wurmfortsatzes mehr Bedeutung zu als dem McBurney'schen Punkte.

Diese Lokalisation kommt der von Sonnenburg gemachten Angabe, daß die Abgangsstelle der Appendix dem Kreuzungspunkte der ›Spinalinie‹ mit dem äußeren Rectusrand entspreche, näher, als derjenigen Sprengel's, der sie am häufigsten in der Spina-Nabellinie, seltener in der Spinalinie fand.

Warum dagegen der McBurney'sche Punkt als Schmerzpunkt eine erhöhte Bedeutung hat, ist zur Stunde noch kontrovers. Diese wäre selbst dann nicht zu erklären, wenn wirklich der McBurney'sche Punkt der Basis der Appendix entsprechen würde; denn am häufigsten ist die Spitze des Wurms erkrankt.

Gewöhnlich werden daselbst gelegene Sympathicusganglien für diese lokale Schmerzhaftigkeit verantwortlich gemacht.

Geschwollene Lymphdrüsen, die von anderer Seite zur Erklärung herbeigezogen werden, sind in der Regel nicht an dieser Stelle zu finden, sondern liegen unterhalb, der Clado'schen Drüsengruppe entsprechend, während die Lennander'sche Annahme einer Lymphangitis eher zutreffen könnte.

Nicht unmöglich wäre es, daß durch Druck auf den McBurney-schen Punkt erhöhte Gasspannung im Apex coeci zustande kommt, oder daß Zerren an bestehenden Adhäsionen eine Rolle spielt, da der McBurney'sche Punkt jeweilen noch das Colon ascendens trifft.

Jedenfalls aber kann man mit der pathognomonischen Wertung des McBurney'schen Punktes nicht vorsichtig genug sein. Um mir Klarheit zu verschaffen, inwiefern derselbe überhaupt als diagnostisches

Kennzeichen zu verwerten sei, bat ich meinen Assistenten, Dr. van Capellen, eine größere Anzahl Appendektomierter auf ihren »McBurney« hin zu untersuchen, und es stellte sich bei der Nachuntersuchung von 119 Fällen einige Monate nach der Operation heraus, daß bei 93 derselben die Appendektomie die Druckempfindlichkeit des McBurney'schen Punktes beseitigt, bei 26 dagegen nicht zum Verschwinden gebracht hatte.

Aber nicht nur in der diagnostischen Deutung des McBurney-Druckschmerzes kann man nicht vorsichtig genug sein, sondern man muß sich namentlich auch davor hüten, denselben »experimentell« hervorzurufen. Wie behutsam man bei der Palpation des Wurmfortsatzes überhaupt zu Werke gehen muß, lehrt Fig. 3, einen Mann be-



Fig. 3. M. B., 32 Jahre alt, Operation 30. April 1904. Seit 2 Jahren Bauchschmerzen unbestimmter Natur. Anamnese weist eher auf Gallenblase hin. Objektiv dagegen ist außer konstantem Vorhandensein von typischem McBurney nichts nachzuweisen. Probelaparotomie zuerst auf Appendicitis ergibt chronische Erkrankung desselben mit starker Sklerose, organisiertes Blutkoagulum im Mesenteriolum. Gallenblase normal.

treffend, bei dem die vom Hausarzte gestellte Diagnose auf »chronische Appendicitis« so unsicher war, daß wiederholte Untersuchungen nötig waren. Die Abbildung, welche ein »palpatorisches Hämatom« im Mesenteriolum zeigt, macht einen weiteren Kommentar überflüssig; sie predigt laut genug Vorsicht:

einmal, um nicht bei bestehender Entzündung des Wurmfortsatzes zu schaden;

andererseits: bei nicht bestehender Appendicitis eine solche durch die Palpation künstlich zu schaffen.

II.

Aus der chirurg. Klinik der kgl. ungar. Franz Josef-Universität in Klausenburg. Direktor: Prof. Dr. L. Makara.

Über Urinbefunde nach Lumbalanästhesie mit Stovain (Billon).

Von

Dr. B. Csermák,

Operationszögling.

In Nr. 13 und 23 dieses Zentralblattes (1907) berichtet Schwarz über seine Urinbefunde nach Lumbalanästhesie mit Stovain-Riedel und er fand in 78,33% seiner Fälle nach der Lumbalanästhesie eine Nierenaffektion. In Nr. 3 dieses Zentralblattes (1908) veröffentlicht Hosemann seine Erfahrungen über 60 Fälle von Stovainisierung (Billon), bei welchen er nach der Lumbalanästhesie eine systematische Urinuntersuchung vorgenommen hatte; er fand in keinem Falle nach der Rückenmarksanästhesie eine schwere Nephritis entstehen.

Nach der Veröffentlichung der Schwarz'schen Arbeit nahm ich auf Anregung meines Chefs in 60 Fällen, bei welchen wir die Lumbalanästhesie mit Stovain-Billon ausführten, ebenfalls systematische Urinuntersuchungen vor.

Untersucht wurden nur solche Fälle, welche vor der Operation eine vollkommene Nierenfunktion zeigten, bei welchen im Urin keine fremden Bestandteile gefunden wurden, bei welchen die Anästhesie vollkommen war, bei welchen wir nicht zur allgemeinen Narkose greifen mußten.

Wir verwendeten zur Anästhesie 0,05—0,06 g Stovain-Billon stets nur bei Eingriffen unterhalb des Nabels.

Wir verfügen bereits über mehr als 300 Lumbalanästhesien; über unsere Erfahrungen bei den ersten 150 Fällen berichtete bereits Prof. Makara (Ref. Ztbl. f. Chir. 1907 Nr. 44). Wir haben keinen Todesfall zu verzeichnen, wir sahen keinen ernsteren Kollaps, wir hatten in keinem Falle die von mehreren Seiten beschriebenen Abducenslähmungen oder anderweitige dauernde Nervenstörungen beobachtet. Die Wohltat der Lumbalanästhesie empfanden wir besonders bei alten Leuten, so z. B. bei Prostatektomien, wo wir dadurch den sonst gefürchteten Kollaps stets vermeiden konnten.

Zur Eiweißprobe gebrauchten wir die Salpetersäureschichtungs- und die sehr empfindliche Sulfosalizylsäureprobe. Die systematische Urinuntersuchung wurde 5—6 Stunden nach der Lumbalanästhesie begonnen und 10—14 Tage durchgeführt.

Vollkommen normal blieb der Harnbefund unter unseren 60 Fällen nach der Lumbalanästhesie in 39 Fällen, d. i. in 65%; es trat Eiweiß auf in 12 Fällen, d. i. in 20%; Eiweiß und spärliche weiße Blutkörperchen in 6 Fällen, d. i. in 10%; Eiweiß und granulierte Zylinder in 2 Fällen, d. i. in 3,3%; Eiweiß, granulierte Zylinder und weiße Blutkörperchen in 1 Falle, d. i. in 1,7%.

Es soll hervorgehoben werden, daß diese erwähnten pathologischen Bestandteile in 20 Fällen bereits am Operationstage 5—6 Stunden nach der Lumbalanästhesie zu finden waren, nur in 1 Falle trat dieselbe am 3. Tage auf.

Die Albuminurie und die anderen fremden Bestandteile waren nachzuweisen:

3 Tage in 6 Fällen,
4 » » 6 »
5 » » 4 »
6 » » 3 »
7 » » 2 »
im ganzen in 21 Fällen.

Die Albuminurie war in 2 Fällen 1‰ nach Esbach, in 10 Fällen ½‰ und in 9 Fällen kleiner als ½‰ mit nicht meßbarem Bodensatz.

Es ist zu betonen, daß in all diesen Fällen, bei welchen ein pathologischer Harn gefunden wurde, der Heilungsverlauf ungestört war, in keinem Fall eine Eiterung oder Fieber beobachtet wurde, alle Fälle per pr. int. heilten.

Schwarz erwägt die Möglichkeit, daß die verschiedenen chemischen Präparate für die Albuminurie verantwortlich gemacht werden könnten. Er benutzte das Riedel'sche, Hosemann und wir das Billon'sche Fabrikat. Was die Ursache der pathologischen Harnbestandteile ist, dafür können wir eine positive Erklärung nicht geben; es muß weiter untersucht werden, ob die Lumbalpunktion selbst ohne Einspritzung eines Anästhetikums, ob auch andere Anästhetika dieselbe Veränderung des Harns bewirken, ob nicht auch nach der Lokalanästhesie eine vorübergehende Albuminurie beobachtet wird.

Wir pflichten Hosemann bei, wenn wir aus unseren Untersuchungen zum Schluß kommen, daß wir eine schwere Nephritis nach der Rückenmarksanästhesie, eine dauernde Schädigung des Gesamtorganismus in keinem Falle beobachteten.

27. Januar 1908.

---

1) **de Keating-Hart** (Marseille). La sidération électrique dans le traitement du cancer.

(Extr. de la revue de thérapeutique 1907. Nr. 20.)

K.-H. wiederholte und ergänzte in der vorliegenden Arbeit seine Mitteilungen über ein neues Heilverfahren maligner Neubildungen, die er schon 1906 auf dem internationalen Kongreß für Elektrologie und Radiographie gemacht hat.

Der Ausdruck Sidération, der eigentlich den nervösen Chok bezeichnet, der aus einer brüsken Änderung des elektrischen Potentials resultierte, umfaßt nicht die gesamte Wirkung der von K.-H. angewandten elektrischen Ströme oder Funken (Fulguration nach Pozzi). Es handelt sich um hochfrequente und hochgespannte Ströme von mehreren hunderttausend Volt Spannung bei 4—5 Ampère Stromstärke. Die erzeugten Funken, die zur Behandlung dienen, besitzen eine Länge von 5—10 cm.

Die Apparate, die zur Erzeugung dieser Ströme nötig sind, bestehen in einem Indikator von 40—50 cm Funkenlänge, der an eine Stadtleitung von 220 Volt angeschlossen ist, einem hochfrequenten Unterbrecher, einem Kondensator von größter Leistungsfähigkeit

(Petroleumkondensator) und einem Resonator nach Oudin (Solenoid), von dessen oberen Spiralwindung der Strom abgenommen und nach einer von K.-H. konstruierten Elektrode geführt wird; die Drähte sind getragen von einem hölzernen Träger, der den hölzernen Operationstisch überragt. Die Elektrode selbst besteht aus einem Hohlzylinder aus isolierendem Material (Kautschuk), in den eine gleich lange graduierte Metallsonde hineinpaßt als Stromträger. Das Ende des Hohlzylinders wird der zu behandelnden Stelle genähert, die Funken springen über, ihre Länge wird durch Herausziehen oder Einschieben der Metallsonde reguliert. Nebenbei wird der Hohlraum des Zylinders mit einem Luftgebläse oder einer Bombe von flüssiger Kohlensäure verbunden, so daß die Metallsonde von abgekühlter Luft ständig umgeben ist und so die Hitzewirkung ausgeschaltet werden kann. Der heiße Funke erzielte einen trockenen schmerzhaften Schorf, eine Verbrennung, der von K.-H. verwendete kalte Funke einen feuchten Schorf, wenn man überhaupt von Schorf sprechen kann. Die Funkenstrahlung hat eine destruierende, betäubende und eliminatorische, nicht toxische Wirkung auf das Gewebe. Besonders widerstandsunfähig sind gegen diese Wirkung die Zellen und Gewebe der zu behandelnden Neubildungen (Karzinome, Sarkome), so daß man von einer elektiven Wirkung sprechen kann. Außerdem ist eine hämostatische Wirkung und eine analgesierende, schmerzbetäubende Wirkung der Funkenstrahlung zu rühmen.

Die Anwendung geschieht nun in der Weise, daß bei gesunder Haut nach Freilegung der Neubildung, sonst direkt, zunächst die elektrische Behandlung der Neubildung vorgenommen wird; es wird dadurch eine Erweichung erzielt und Erleichterung der Blutstillung; sodann wird mit Messer oder scharfem Löffel alles makroskopisch krankhaft infiltrierte Gewebe entfernt; eine nochmalige Anwendung der Funkenstrahlung in der Wunde selbst und ihrer Umgebung, wobei in die Nischen der Wunde mit der Elektrode eingegangen wird, beschließt die Operation. Die elektrische Behandlung dauert je nach der Konsistenz des zu behandelnden Gewebes, der Ausdehnung der Wunde, wenige Minuten bis 1 Stunde und mehr.

Die Anwendung der Funkenstrahlung ist schmerzhaft, die allgemeine Narkose nicht zu umgehen. Irgendwelche schädliche Nebenwirkungen sind nicht beobachtet worden. Die neue Methode engt die operative Chirurgie nicht ein, sondern erweitert die Grenzen ihres Eingreifens, indem sie inoperable Fälle operabel macht.

K.-H. will nicht von definitiven Heilungen sprechen, da dazu die Beobachtungszeit zu kurz ist. Aber augenscheinliche, offenbare Heilungen, die viele Monate (10—16) Bestand hatten, hat er erzielt in Fällen, in denen wegen der Ausdehnung des Leidens chirurgische Eingriffe abgelehnt worden waren, besonders bei Rezidiven, und zwar in Kombination der Funkenstrahlung mit notorisch völlig ungenügenden chirurgischen Eingriffen.

Ferner hat er in desolaten Fällen zahlreiche sehr beachtenswerte Besserungen gesehen, die in der hämostatischen und analgesierenden und die Vernarbung und Schrumpfung fördernden Wirkung seiner Funkenstrahlung bestanden und mit Hebung des Allgemeinbefindens und Verlängerung des Lebens unter günstigeren Bedingungen, wie sonst in vorgeschrittenen, verzweifelten Fällen, einhergingen. Cancroide des Gesichts haben die schönsten Resultate ergeben. Auffällig ist für die neue Methode die rasche Benarbung auch ausgedehnter Flächen mit kosmetisch günstiger Wirkung (ohne Plastik). Die Resultate bei Schleimhautkarzinomen waren ebenfalls an Lippen und Wangen wenigstens befriedigend.

Die von K.-H. behandelten Fälle von Zungen-, Uterus- und Mastdarmkarzinom waren meist so vorgeschritten, daß nur eine Besserung, keine Heilung erzielt wurde; aber auch ein Fall von Mastdarmkarzinom, der histologisch sichergestellt ist, der im November 1906 mit Auslöffelung und Bestrahlung behandelt wurde, ist im Oktober 1907 noch geheilt und rezidivfrei.

Bei Brustkrebs sind von K.-H. sehr beachtenswerte Resultate erzielt worden in meist inoperablen oder sehr weit vorgeschrittenen Fällen. Intensive regressive Vorgänge, Benarbung ausgedehnter ulzerierender Flächen, Verschwinden von Hautmetastasen und von geschwollenen Achseldrüsen, Verschwinden des kachektischen Allgemeinzustandes sind von K.-H. beobachtet.

In drei Fällen von Lymphosarkom, die behandelt wurden, war das Leiden schon zu weit vorgeschritten und für einen Dauererfolg zu ausgedehnt.

F. Krumm (Karlsruhe).

---

2) **R. Desplats** (Lille). Un nouveau traitement médico-chirurgical du cancer (méthode du Dr. de Keating-Hart).

(Extr. du Bull. de la soc. des sciences méd. de Lille 1907. November.)

D. berichtet über seine Erfahrungen und Beobachtungen, die er auf einer Studienreise nach Marseille über die neue Methode der elektro-chirurgischen Behandlung bösartiger Neubildungen nach Keating-Hart gemacht hat. D. hebt ebenfalls die destruierende Wirkung der Funkenstrahlen auf das kranke Gewebe hervor, zu der noch eine reaktionanregende Wirkung auf das gesunde Gewebe hinzukommt. Als Ausdruck dieser Reaktion faßt er die abundante Wundabsonderung nach elektro-chirurgischer Behandlung nach Keating-Hart auf; die Untersuchung dieser Absonderung hat das Vorhandensein großer Massen polynukleärer Lymphocyten ergeben, so daß es sich um eine richtige Lymphorrhöe zu handeln scheint, die für die Eliminierung durch die Funkenstrahlung nekrotisierter Geschwulstzellen von Bedeutung ist.

D. berichtet sodann über die von Keating-Hart operierten Fälle, von denen er eine große Zahl zu untersuchen und zu sehen Gelegenheit hatte. Unter anderen teilt er einen Fall von Karzinom der hinteren Zungenpartie mit, der die linke glosso-epiglottische Falte

ergriffen hatte und den linken Unterkiefer umgab. Die Operation des inoperabel erklärten Karzinoms erfolgte in dreistündiger Sitzung nach Keating-Hart durch den Chirurgen des Marseiller Hospitals Dr. Juge und hatte eine Heilung zur Folge, über deren Dauer allerdings noch nichts feststeht. Auch D. hebt besonders die starke Vernarbungstendenz der Wunden nach Einwirkung der Funkenstrahlen, wie auch die hämostatische und schmerzlindernde Wirkung derselben hervor.

D. gibt seiner Hoffnung Ausdruck, daß die Kombination des chirurgischen und elektrischen Eingriffes mit hochgespannten Strömen nach Keating-Hart der bisherigen Behandlung weitaus überlegene Resultate besonders in vorgeschritteneren Fällen, ergeben wird. Für ein abschließendes Urteil ist es noch zu früh, aber die bisher von Keating-Hart erzielten Erfolge hält er für ermunternd zur Nachprüfung seiner Methode. **F. Krumm** (Karlsruhe).

---

3) **Sommer.** Röntgenkalender 1908.

Leipzig, **Otto Nemnich**, 1908.

Der Kalender enthält eine Anzahl Beiträge von bekannten und bedeutenden Röntgenologen. In kurzen und prägnanten Artikeln ist hier alles Wissenswerte über die Beschaffenheit der Röhren, über die notwendigen Apparate des Röntgenzimmers, über die theoretischen Grundlagen und Methoden der Röntgenphotographie, endlich über die Wirkung der Röntgenstrahlen in therapeutischer Beziehung zusammengetragen, so daß das Büchlein nicht nur für den Anfänger, sondern auch für den erfahrenen Röntgenologen wertvoll sein dürfte.

Bedauernswert ist aber, daß der Verlag den Umschlag des Buches zu Reklamezwecken für das »Antidiabetikum« des bekannten Ludwig Bauer aus Kötzschenbroda benutzt. **Gaugele** (Zwickau).

---

4) **Gottschalk.** Plastische Röntgenogramme.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Da Béla Alexander eigentümlicherweise die Methode seiner plastischen Röntgenogramme noch immer nicht geoffenbart hat, versuchte G., ebenfalls der Methode nachzuspüren.

Die nun von ihm angegebene Methode hat, wie wir vorausschicken wollen, mit jenen Spielereien nichts gemein, welche plastische Röntgenbilder durch Verschiebung der Konturen erzeugen. Der Weg der Herstellung ist folgender:

Von dem Negativ wird ein Diapositiv hergestellt, beide werden exakt aufeinander gelegt, mit einer dritten Platte zusammengeklebt und der Belichtung unter Schiefhalten des Rahmens ausgesetzt. Diese Platte zeigt bereits ein plastisches Bild, ist aber noch ziemlich verschwommen. Sie bildet nur eine Zwischenstufe. Nunmehr werden Platte III und die Diapositivplatte in exakter Deckung zusammengeklebt, und auf diese eine vierte Platte. Die drei zusammengeklebten

*

Platten werden in ähnlicher Weise wie früher der Belichtung ausgesetzt, und man erhält so eine Platte, die neben voller Plastik der Knochen wundervolle Strukturenzeichnung und prachtvolle Differenzierung der Weichteile ergibt. Die beigefügten Bilder bestätigen diese Worte G.'s.

Die kurze Schlußbetrachtung der Arbeit wollen wir wörtlich anführen:

»Bei der gewöhnlichen Photographie tritt uns jedes Bild ohne weiteres plastisch entgegen. Weshalb fehlt diese Plastik den Röntgenogrammen, wo wir dieselben oder noch lichtempfindlichere Platten benutzen? Wenn es noch eines Beweises bedürfte, daß die Röntgenstrahlen mit dem Licht und dessen physikalischen Gesetzen auch nicht das geringste gemeinsam haben, so wäre mit den Röntgenogrammen ein weiterer Beweis gegeben. Die Röntgenogramme sind lediglich differenzierte Schattenbilder, ihnen fehlt das Licht, welches bei der gewöhnlichen Photographie gemeinsam mit dem Schatten die Plastik bewirkt, vollkommen. Wir müssen also nach einer Methode suchen, welche den Schattenbildern der Röntgenstrahlen nachträglich das fehlende Licht gibt. Dies erreichen wir durch die angegebene Methode der Plattenbelichtung; die körperliche Plastik erzielen wir durch die angegebene Plattenkombination.

Wir geheimnissen auf diese Weise nichts in das Originalnegativ hinein, sondern wir ziehen durch technische Hilfsmittel alles das ans Licht, was die Originalplatte uns im ‚Schattenbilde' zeigt.«

Gaugele (Zwickau).

---

5) **Bogrow.** Über einige Veränderungen der Haare nach Röntgenisation.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Haare zeigen nach mittlerer oder höherer Röntgenstrahlendosis im allgemeinen immer dieselben Veränderungen; sie besitzen keine Zwiebel und an ihrer Stelle endet das Haar mit niedrigem, dunkel pigmentiertem, spitzem oder abgerundetem Kegel.

Bei Bestrahlung mit schwächerer Dosis sind die Veränderungen an den Haaren verschieden, je nachdem sie mit oder ohne Epilation einhergehen. Im ersten Falle kann man am Ende des Haares eine progressive Abnahme seiner Dicke, Depigmentierung und Schwund der Medullarsubstanz konstatieren, so daß der Haarteil, außer Verminderung der Dicke, einen mehr embryonalen Charakter seiner Struktur zeigt, indem er dem Lanugohaar ähnlich wird. Die Länge der verdünnten Wurzel hängt von der Intensität der X-Strahlenwirkung ab, und je schwächer die letztere ist, desto länger ist das veränderte Haarende. Das Charakteristische dieser Veränderungen bildet das selbständig entstandene freie spitzige Haarende. Scheidehüllen besitzt der embryonal veränderte Haarteil nicht. Überhaupt erscheint hier die Papillenfunktion nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ gestört zu sein.

Die Haare, die der Bestrahlung widerstehen, zeigen entweder wie die vorher genannten einen starken atrophierten Bulbus und können wieder vollkommen wuchsfähig werden, oder aber sie brechen ab und wachsen wieder nach. Verf. untersuchte zu gleicher Zeit, ob die Röntgenstrahlen imstande sind, das Achorion Schoenleini zu töten und fand, daß vom Abtöten des Pilzes keine Rede sein könne, da das Mycel sich manchmal gerade aus der Spitze des verdünnten Haarendes entwickelte.

Gaugele (Zwickau).

---

6) **F. Winkler.** Die Verbindung der Röntgentherapie mit der Franklinisation in der Behandlung des Lupus vulgaris.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLV. Hft. 5.)

Methode und Erfolge der Röntgenbehandlung beim Lupus sind noch immer sehr strittig. W. benutzt jetzt weiche Röhren, mit denen er die Lupusknötchen zur Nekrose bringt; dann behandelt er wenige Tage später elektrostatisch (10 Minuten Büschelentladung und 2 bis 3 Minuten kleine Funken), und zwar täglich. Der Verf. ist mit diesem kombinierten Verfahren sehr zufrieden.

Jadassohn (Bern).

---

7) **R. Abbe.** The specific action of radium as a unique force in therapeutics.

(New York med. record 1907. Oktober 12.)

A. wendet Radium häufig mit Erfolg an und hält es für ein Spezifikum bei echten Neubildungen. Einzelne Heilungen von Sarkomen und Karzinomen bestehen schon 3 Jahre. Die besten Resultate geben 1stündige Sitzungen von 10 mg Radium bei kleinen und 4stündige bei größeren Neubildungen. Blutleere der bestrahlten Teile befördert die Wirkung. Pigmentmale, melanotische Gewächse, Riesenzellensarkome werden besonders günstig beeinflußt. Das Mittel ist wertvoll bei Naevis und Angiomen, weil es obliterierende Endarteriitis hervorruft und Bildung von fibrösem Gewebe befördert.

Loewenhardt (Breslau).

---

8) **O. Sohr.** Zur Technik der Schädelplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 465.)

Im Gegensatz zu Kocher, der operative Defekte des knöchernen Schädeldaches für unschädlich und als Ventile zur Druckausgleichung sogar für nützlich hält, sieht Verf. im exakten knöchernen Verschluß ein erstrebenswertes Ziel. Die Verfahren, welche zu diesem Ende führen, und deren chronologische Reihenfolge festzustellen, ist Hauptzweck der Arbeit, aus der sich vor allem ergibt, daß die von v. Hacker 1903 publizierte Methode der Schädelplastik, welche wiederum Durante veranlaßte, sein ähnliches Verfahren bekannt zu geben, von Garrè schon seit 1895 angewandt wurde.

Nach einer Übersicht über die Heteroplastik und freie Autoplastik, welche teils im Erfolge zu unsicher, teils in der Technik zu kompliziert

beide großen Gefäße unterbunden werden mußten, beobachtete er eine mehrere Wochen anhaltende schwere Störung der sensorischen und motorischen Funktion, die schließlich allerdings in völlige Heilung überging. Es bleibt daher nur die Wahl zwischen temporärer Kompression der Carotis communis und Ligatur der Carotis externa. Für die temporäre Sperre der Carotis communis sollten, falls sie gewählt wird, immer nur die schonendsten Verfahren angewandt werden. W. führte sie einmal mittels dicksten Catgutfadens, der eben bis zum Verschwinden des peripheren Pulses zugeschnürt und zu Ende der Operation (ausgedehnte Unterkieferresektion) entfernt wurde, aus — der Pat. erlag nach einigen Stunden dem Eingriffe. Notwendig ist in praxi aber auch dieser Eingriff nur verschwindend selten; denn meistens wird eine auf das Stromgebiet der Carotis externa beschränkte Sperre völlig genügen, und hierfür ist die einfache Ligutar dieser Arterie das gegebene Verfahren. W. hat im Krankenhause Gülhane in Konstantinopel unter 28 meist sehr ausgedehnten Resektionen an den Oberkiefern im ganzen zehnmal die Unterbindung der Carotis externa ausgeführt, darunter bei drei Fällen doppelseitiger Resektion die doppelte Unterbindung. Der Erfolg hinsichts Herabsetzung der Blutung war stets der gewünschte, und hinsichts übler Folgen des Eingriffes ist nur ein Fall, der bei einer doppelseitigen Unterbindung vorkam, hervorzuheben, da bei diesem an die Unterbindung sich eine erhebliche Thrombose in der Carotis interna und communis, weniger in der externa anschloß. Pat. erlitt eine Nachblutung, eine halbseitige Lähmung und starb 24 Stunden nach der Operation. Das interessante, in Abbildung wiedergegebene Sektionspräparat zeigte, daß die Unterbindung der Carotis externa hart über der Gabelung der Communis angelegt war; außerdem hatte der Unterbindungsfaden, der über einer Arterienpinzette angelegt war, die Arterienwand eingerissen. W. zieht hieraus die Lehre, daß die Ligatur zweckmäßigererweise weiter peripheriewärts an der Carotis externa anzulegen sei, etwa zwischen dem Abgange der A. thyreoidea superior und der A. lingualis. Dann bleibt der Blutfluß aus der Carotis communis in die interna sicher ganz ungestört. Zur Verhütung von übermäßiger Thrombenbildung in der unterbundenen Carotis externa soll ferner die Arterie nicht mehr als unbedingt nötig isoliert werden, und die Fadenzuschnürung soll nicht mit aller Kraft erfolgen; es genügt, wenn das periphere Gefäßstück aufhört zu pulsieren. Die Nachblutung nach diesen Ligaturen ist infolge des sich hinterher einstellenden Kollateralkreislaufes stets ziemlich beträchtlich, weshalb als Regel aufzustellen ist, die Operationswunden kräftig auszutamponieren.

Am Schluß steht ein 24 Nummern zählendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

13) **A. Davidsohn.** Über die Nervenpfropfung im Gebiete des Nervus facialis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 427.)

Nach einer Übersicht über die ziemlich ermutigend lautenden Tierexperimente mit Nervenpfropfung im Facialisgebiete berichtet Verf. über Facialis-Accessoriuspfropfungen wegen totaler Facialislähmung aus der Heidelberger Klinik, von denen eine erfolglos, zwei von befriedigendem Erfolge begleitet waren.

Zusammen mit 27 fremden Accessorius- und 20 Hypoglossuspfropfungen werden die Resultate einer kritischen Durchsicht unterzogen.

Ein in neurologischem Sinne vollkommener Erfolg ist überhaupt nicht zu erzielen. In etwa der Hälfte der Fälle hatte die Accessoriuspfropfung die Wirkung, daß nach 4—7 Monaten die entstellende Asymmetrie des Gesichtes in der Ruhe gebessert oder beseitigt war, und etwas später die Wiederkehr der elektrischen Erregbarkeit begann, während die mimischen Bewegungen nur minimal blieben. Für die Überzahl der Fälle ist aber der exakte Nachweis nicht geführt, daß die Besserung überhaupt durch Propfung erfolgt ist; dagegen steht die Tatsache fest, daß selbst eine Jahre bestehende Facialislähmung noch spontan heilen kann.

Andererseits kommt es in allen Fällen bei Kontraktionen der Accessoriusmuskulatur zu Mitbewegungen im Facialisgebiete, die selbst einen exzessiven, grimassenhaften Grad erreichen können und damit äußerst störend werden, während in anderen Fällen die Mitbewegungen allmählich abnehmen. Dazu kommen regelmäßige Lähmungen im Gebiete des Stammnerven, die natürlich bei völliger Durchschneidung des Nerven am stärksten sind und beim Accessorius funktionelle und auch kosmetische Defekte setzen.

Im Gegensatz zur Accessoriuspfropfung sind die Erfolge bei Verwendung des N. hypoglossus schnellere, vollkommenere und durch Mitbewegungen weniger gestörte; doch darf man auch hierbei keine volle Wiederherstellung der Facialisinnervation erhoffen. Der Hypoglossusausfall macht sich nur vorübergehend und nicht sehr störend geltend.

Die Indikationsstellung zu Nervenoperationen bei Facialislähmung geht dahin, überall da, wo direkte Nervennaht oder Neurolyse möglich ist, diese sofort zu machen. Bei mehr als 1 Jahr bestehender Lähmung ist erste Voraussetzung für eine Operation, daß noch Muskelsubstanz nachweisbar vorhanden ist. Im übrigen soll man frische Lähmungen mindestens 6 Wochen intern behandeln und nur dann operieren, wenn nach dieser Zeit die elektrische Erregbarkeit der Muskeln sich verschlechtert oder erloschen ist, andernfalls auf Spontanregeneration warten. **Reich** (Tübingen).

---

14) **A. Meyer.** Die Eröffnung des peritonsillären Abszesses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Das Eingehen durch die Fossa supratonsillaris ist die physiologische Methode, weil sich die spontane Entleerung des Abszesses am häufigsten durch dieselbe vollzieht. Die »Häkchenmethode« verdient nach Verf.s Ansicht den Vorzug, weil sie nur ein einmaliges Eingehen erfordert. M. benutzt einen stumpfen M. Schmidt'schen Tonsillenschlitzer, der bei gerader Kopfhaltung und einfach herabgedrückter Zunge in die Fossa eingeführt wird, die dünne Membran durchstoßend; die Spitze dringt nun nach oben und außen soweit vor, bis man auf Eiter trifft. Dann folgt ein kurzer, kräftiger Zug, der die Öffnung erweitert. **Langemak** (Erfurt).

15) **Gerber.** Das Sklerom, sein Vorkommen und seine Behandlung.

(Therapeutische Monatshefte 1907. Nr. 12.)

Die Arbeit enthält eine kurze Besprechung des Vorkommens sowie der Pathologie des Skleroms und gibt am Schluß eine Reihe wichtiger therapeutischer Winke. Bei Vorhandensein von Knoten empfiehlt Verf. Exzision und nachfolgende Kauterisation. Bei diffusen Infiltraten und stenosierenden Narbenbildungen sollen die Schrötterschen Dilatationsmethoden in ihr Recht treten; zur Vermeidung einer Neubildung gelöster Synechien wird das Tragen von Prothesen empfohlen.

Hinsichtlich der Prognose betont Verf., daß die Prognose nicht absolut ungünstig zu stellen ist, wenn man die Kranken in nicht zu vorgeschrittenen Stadien in Behandlung bekommt. Durchaus schlecht ist sie bei ausgebreitetem Sklerom der Luftröhre.

Im allgemeinen betont G., daß es besser ist, das Sklerom zu verhüten als es zu heilen. **Silberberg** (Breslau).

16) **J. Landström.** Über Morbus Basedowi. Eine chirurgische und anatomische Studie. 196 S.

Stockholm, **Norstedt & Söner**, 1907.

Von 52 Basedowkranken, die im Seraphimerlazarett in Stockholm operiert wurden, starben 3 im Anschluß an die Operation. 38 Pat. wurden genügend lange beobachtet; von ihnen heilten 52,6%, 18% wurden gebessert, 29% blieben ohne Erfolg. Die halbseitige Exzision des Kropfes mit gleichzeitiger Unterbindung der Arteria thyreoidea superior der anderen Seite gibt die besten Resultate (80% Heilungen, 20% Besserungen). Die Erfolge der Arterienunterbindungen müßten besser sein, wenn die Gefäße Endarterien wären. Die Ansichten hierüber sind noch recht wechselnd. Aus Injektionsversuchen des Verf. geht hervor, daß Anastomosen zwischen den Thyreoidealarterien normalerweise vorkommen, und daß sie in der Regel reichlich sind. Am konstantesten ist die am oberen Rande des Isthmus gelegene, bogen-

förmige Anastomose, durch die alle vier Arterien miteinander in Verbindung stehen. Neben den Anastomosen bedingt die Unzulänglichkeit der Operation auch die zum Teil schnelle Wiederherstellung der unterbundenen Gefäße.

L. empfiehlt die halbseitige Exzision unter Infiltrationsanästhesie. Bogenförmiger Schnitt am vorderen Rande des Kopfnickers, Unterbindung der Gefäße, subkapsuläre Exzision des Kropfes, von dessen Hinterfläche eine dünne Schicht an der betreffenden Stelle zurückbleibt, um den N. recurrens nicht zu verletzen. Dann erfolgt die Unterbindung der oberen Arterie der anderen Seite, damit die Epithelkörperchen sicher geschont werden.

Die postoperative Reaktion kann als eine Akzentuierung der spezifischen Krankheitssymptome erklärt werden, hauptsächlich auf Grund von psychischen Einflüssen im Zusammenhange mit der Operation.

Verf. spricht sich für die Frühoperation aus, zu der zwei Umstände — das Risiko einer Operation in späteren Stadien und die Tatsache, daß die schon entstandenen Herzerweiterungen sich nicht mehr zurückbilden — entschieden drängen.

Die bisherigen Erklärungen für die Entstehung des Exophthalmus genügen nicht. Auf horizontalen Serienschnitten durch den Orbitalinhalt hat sich nun gezeigt, daß der vordere Teil des Augapfels von einem zylinderförmig angeordneten, aus glatten Zellen bestehenden Muskel mit Ursprung am Septum orbitale und Insertion am Aequator bulbi umgeben ist. Diese Gewebsschicht umgibt wie ein Ring die vordere Hälfte des Augapfels sowie den Fornix conjunctivae und geht vorn in das Septum orbitale über. Der Muskel ist Antagonist der vier geraden Augenmuskeln und wird vom Sympathicus innerviert. Die einzelnen Augensymptome, auch das Doppeltsehen, finden durch die Entdeckung dieses Muskels, der bisher übersehen worden ist, eine ungezwungene Erklärung. Einzelheiten darüber müssen in der sehr interessanten Arbeit nachgelesen werden.

Zum Schluß weist Verf., der übrigens auch Anhänger der Theorie von Möbius ist und die Sympathicusresektionen verwirft, darauf hin, daß möglicherweise die Infektionskrankheiten eine Bedeutung als Ursache derjenigen Veränderungen der Schilddrüse haben, welche die Basedow'schen Symptome hervorrufen. **Glimm** (Magdburg).

Kleinere Mitteilungen.

17) **Levy-Dorn.** Einige Neuerungen im Röntgeninstrumentarium.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Verf. beschreibt die Einrichtung des radiologischen Instituts im Rudolf Virchow-Krankenhaus, welche nach seinen Angaben ausgeführt worden ist. Neu, resp. teilweise neu von dieser Einrichtung sind: ein universeller Blenden- und Schutzapparat, gebaut von Siemens & Halske, ein Durchleuchtungstisch von Reiniger, Gebbert & Schall, ein Lagerungstisch für Durchstrahlungen von oben, Kassetten- und Schirmhalter, Schutzwand für Durchleuchtungen, ebenfalls von Reiniger,

Gebbert & Schall, eine bewegliche Schutzwand zum Halten eines Schirmes oder einer photographischen Platte, Durchleuchtungsapparate für Negative.

Die beschriebene Einrichtung leistet sicher Vorzügliches, kommt aber natürlich nur für große Krankenhäuser in Frage. **Gaugele** (Zwickau).

18) Fürstenau. Über einen neuen Röntgentiefenmesser.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Verf. beschreibt ein neues zirkelartiges Instrument, mit Hilfe dessen es sehr leicht fällt, die Tiefenlage des Objekts im Körper zu erkennen. Das Instrument muß auf eine Röhrendistanz geeicht sein. Die Einrichtung des Zirkels gestattet dann, die Tiefenlage des Objekts in Millimetern abzulesen. Die theoretischen Berechnungen sind im Original nachzulesen. Das Instrument wird von der Firma Heinz Bauer & Co., Berlin W., geliefert. **Gaugele** (Zwickau).

19) Kienböck. Ein vertikaler Orthodiagraph.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Verf. hat schon vor einigen Jahren eine Hängeblende angegeben, die sehr einfach und doch sehr praktisch ist. Dazu konstruierte er eine ebenfalls einfache orthoskopische Holzwand mit verstellbarem Schirmträger. Die ganze Einrichtung kann von jedem Schlosser und Tischler hergestellt werden und hat deshalb den Vorzug größter Einfachheit und Billigkeit. **Gaugele** (Zwickau).

20) Haenisch (Hamburg). Beitrag zur Röntgendiagnostik der Knochensyphilis.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 6.)

Die Röntgendiagnostik der Syphilis der Knochen ist bereits so weit fortgeschritten, daß man in vielen Fällen schon aus der Platte allein, selbst im Widerspruch mit der Anamnese, eine sichere Diagnose stellen kann. Verf. beschreibt mehrere Fälle. In dem einen Falle, bei einem 15jährigen jungen Mädchen, glich das Röntgenbild mehr einer bösartigen Neubildung. Auf eine Schmierkur hin jedoch ging der Prozeß wieder zurück und bildete sich wieder normaler Knochen. Offenbar handelt es sich um eine kongenitale Lues. **Gaugele** (Zwickau).

21) Gottschalk. Die Röntgentherapie nach ihrem heutigen Stande.

(Med. Korrespondenzbl. d. württemb. ärztl. Landesvereins 1907. Nr. 46—50.)

Aus G.'s Überblick über den heutigen Stand der Röntgentherapie seien folgende eigene Erfahrungen auf chirurgischem Gebiete hervorgehoben. Bei einem Kranken mit lienaler Pseudoleukämie wurden Milz- und Drüsenschwellungen günstig beeinflußt. Bei Gicht erzielte G. mehrfach Schmerzlosigkeit der erkrankten Gelenke; die Wirkung der Röntgenstrahlen beruht hier sowohl auf vermehrter Harnstoffausscheidung, als auch auf Lösung abgelagerter Urate durch Umlagerung der Moleküle. In fünf Fällen von Kropf konnte G. keine erhebliche Verkleinerung erzielen, gleichgültig, welcher Art die Kröpfe waren. Vier Fälle von Hautcancroid kamen zur Heilung, jedoch traten in einem Falle nach Heilung des Cancroids der Ohrmuschel später inoperable Drüsenmetastasen am Halse trotz tadelloser, rezidivfreier örtlicher Heilung auf. Bei der Behandlung von 8 inoperabeln, nach der Operation rezidivierten Brustkrebsfällen sah G. öfters Rezidivknoten schwinden und gewann den Eindruck, daß Schmerzlinderung und Verlängerung des Lebens oft zu erzielen seien. Drei ausführlicher mitgeteilte Fälle von nicht operiertem Brustkrebs wurden dagegen geheilt. Bei einem inoperablen Magenkarzinom erzielte G. Verkleinerung der Geschwulst, auffallende Besserung des Allgemeinbefindens und Gewichtszunahme. Sechs Fälle von allerdings schwerem, p. op. rezidiviertem Sarkom erwiesen sich als refraktär gegen Röntgenbehandlung. Die Sarkome sind, wie G. näher erörtert, im Gegensatz zu den Krebsen durch Genese und Struktur vor den Röntgenstrahlen leidlich geschützt und werden nur indirekt beeinflußt, am ersten noch bei Ausgang des Sarkoms von der Haut oder den Lymphdrüsen;

dann werden diese für Röntgenstrahlen besonders empfindlichen Organe in erster Linie destruktiv getroffen, und dadurch wird dem Sarkom die ernährende Matrix entzogen. Gute Erfolge erzielte G. bei Angiomen, ferner bei etwa 40 Fällen von Lupus vulgaris, bei Drüsentuberkulose an Hals und Gesicht, Sykosis, Hypertrichosis und bei chronischen Ekzemen, insbesondere beim Gewerbeekzem.

Mohr (Bielefeld).

22) **Lang.** Mitteilungen aus der Wiener Heilstätte für Lupuskranke. 1. Folge.
Wien 1907.

Nach Angabe einiger technischer Neuerungen im Betriebe der Röntgen- und Finsenbestrahlung berichten zunächst Assistenten der Anstalt über die Bestrahlung der Ovarien während der Schwangerschaft; bei ihren Versuchen an Kaninchen fanden sie, daß die Bestrahlung der Ovarien trotz der Abdeckung des Uterus zum Rückgange der Trächtigkeit in der ersten Hälfte führt. Es handelt sich hierbei um eine Degeneration sowohl des eireifenden als auch des sekretorischen Parenchyms des Ovariums.

Es folgt dann der ärztliche Bericht der Heilstätte für Lupuskranke für das Jahr 1905; es werden dabei die operierten wie bestrahlten Fälle eingehend geschildert. Auf die Einzelheiten des Berichtes einzugehen, dürfte zu weit führen. Es sei hier nur erwähnt, daß von 289 operierten Pat. 197 später wieder untersucht werden konnten. Von diesen waren 173 vollkommen rezidivfrei (zum Teil über ein Jahrzehnt). Etwas weniger günstig scheint das Resultat bei der Finsenbestrahlung zu sein. Von 148 Pat. wurden 35 vollkommen geheilt, 20 fast geheilt; die übrigen Fälle waren mehr oder weniger gebessert.

Von großem Wert ist oft die Kombination beider Verfahren, namentlich dann, wenn nach der Belichtung noch ein umschriebener Rest zurückbleibt. Endlich ist über die Bestrahlung verschiedener Hautaffektionen mit Röntgenstrahlen und Radium berichtet.

Gaugele (Zwickau).

23) **C. Beck.** Über Kombinationsbehandlung bei bösartigen Neubildungen.
(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

Das Wesen der vom Verf. befolgten Methode fußt auf folgenden Prinzipien:

1) Möglichst ausgedehnte Exstirpation der bösartigen Neubildung mit Anstrebung der prima intentio. Bei großen Defekten möglichste Deckung durch gleichzeitige sorgfältige Plastik. Nach Verlauf einer Woche intensive Röntgenbestrahlung in 2tägigen Intervallen bis zur Reaktion.

Bei vorgeschrittenen Neubildungen, wie sie speziell öfter beim Brustkrebs gefunden werden, ist der geschaffene Defekt offen zu belassen, so daß gleich nach der Operation täglich bestrahlt werden kann. Nach einer Woche sind die Ränder dann durch die sekundäre Naht (Seide) zu vereinigen. Nach einer weiteren Woche ist die Bestrahlung wieder aufzunehmen. Sobald Reaktion eintritt, ist die Behandlung zu unterbrechen.

3) Im Anfang ist die Bestrahlung stets in Verbindung mit Diaphragma vorzunehmen, da die Wirkung auf den ursprünglichen Herd viel intensiver ist. Später ist ohne Abdeckung ein möglichst großer Radius der Umgebung zu bestrahlen.

Die sehr instruktiven, durch gute Abbildungen erläuterten Fälle: Fibrosarkom des Fußrückens, Epitheliom der Fußsohle, ulzerierte, große, flächenhafte Neubildung der Ohr- und Gesichtsgegend (Lues?) müssen im Original eingesehen werden.

Unter Anwendung des Blendenverfahrens sah B. auch bei Basedowkröpfen nach Röntgenbestrahlungen, soweit es sich um kleine Kröpfe handelte, Besserung und Heilung. Die Beobachtungsdauer ist allerdings noch eine kurze.

In einem Falle hat B. ein Pyloruskarzinom temporär in die Bauchhaut eingenäht, um es zu bestrahlen. Der vorläufige Erfolg war ein guter, doch ist B. weit entfernt, daraus Schlüsse zu ziehen, sondern behält sich weitere Mitteilung vor.

Langemak (Erfurt).

24) W. J. Morton. Radium for the treatment of cancer and lupus.

(New York med. record 1907. November 9.)

M. hält die Wirkung des Radiums in der Behandlung von oberflächlichen Karzinomen für besser als die Röntgentherapie. Häufige wochenlange Sitzungen geben die besten Resultate. Radium regt nicht zu Neubildungen an. Bericht über 15 Fälle.

Loewenhardt (Breslau).

25) W. B. Coley. Inoperable sarcoma. A further report of cases successfully treated with the mixed toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus.

(New York med. record 1907. Juli 27.)

C. berichtet über 12 weitere, mit seiner Toxinmischung erfolgreich behandelte Sarkome. Weitere ausführliche Mitteilungen finden sich in dem Märzhefte des American journal of the med. sciences 1906, enthaltend 36 eigene Fälle und 60 von anderen erhaltene Resultate. Seitdem hat C. wiederum 6 Erfolge zu verzeichnen, also zusammen 42 behandelt; darunter sind 17 Rundzellensarkome, 17 Spindelzellensarkome, 2 Mischgeschwülste, 1 Chondrosarkom und 1 Epitheliom. 4mal fehlte zwar die mikroskopische Untersuchung, aber das klinische Bild soll gar keinen Zweifel an der Diagnose gelassen haben. 21 Pat. waren seit 5—14 Jahren genesen, 26 von 3—14, 10 von 10—14. Wenn alle Fälle zusammengerechnet werden, über die günstige Berichte einliefen, mögen es wohl »nahe an 100 sein«, wie C. am Schluß berichtet. Herstellung des Mittels und Anwendungsweise wird besprochen und auf frühere Publikationen verwiesen. **Loewenhardt** (Breslau).

26) Mohrmann. Über Lumbalanästhesie.

(Therapeutische Monatshefte 1907. Nr. 7 u. 8.)

Die groß angelegte Arbeit gibt uns einen historischen Überblick über das jetzt in der Chirurgie so oft angewandte Verfahren der Lumbalanästhesie. Wir finden darin weiter eine Besprechung der Erfahrungen bei Anwendung des Novokains, sowie der Neben- und Nachwirkungen, inwieweit Eiterungen der Lumbalanästhesie kontraindizieren, über das Entstehen von Augenmuskellähmungen nach Lumbalanästhesie, sowie über Versuche mit in Kochsalzwasser gelösten Novokain-Suprareninktabletten. Am Schluß der Arbeit kommt Verf. zu folgenden Hauptsätzen:

1) Die von Bier und Dönitz empfohlene Technik gewährleistet das Gelingen der Lumbalanästhesie.

2) Indikationen zur Lumbalanästhesie geben ab: Abkürzung der Narkose, Kachexie des Pat., vorgeschrittene Herz- und Lungenerkrankungen, Chok nach frischen Verletzungen. Nachfolgende Narkose scheint ungefährlich.

3) Kontraindiziert ist die Lumbalanästhesie bei chronischen Eiterungen wegen der Gefahr der metastatischen Meningitis.

4) Augenmuskellähmungen und Nebenwirkungen werden zumeist nach Versagen der Anästhesie beobachtet. Es handelt sich dann wohl um eine schwere Intoxikation durch das Novokain, wobei das Suprarenin der Lösungen wohl zersetzt war.

5) Vorrätig gehaltene Lösungen sind unzuverlässig und gefährlich. Das Suprarenin soll erst stets vor Gebrauch zugesetzt werden, und zwar auf je 1 ccm 3 Tropfen der Lösung (1:1000). **Silberberg** (Breslau).

27) F. Goldschwend. Über 1000 Lumbalanästhesien mit Tropakokain. (Aus dem städtischen allgemeinen Krankenhaus in Linz.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 37.)

Die Anästhesie wird in der chirurgischen Abteilung jetzt fast ausnahmslos für alle Operationen vom Rippenbogen abwärts verwendet. Benutzt wird nur reines Tropakokain (1,2 ccm einer 10%igen, vorher durch Kochen sterilisierten, möglichst frischen Lösung). Der Pat. wird so gelagert, daß das mittlere Drittel der Brustwirbelsäule den tiefsten Punkt bildet. Von den besprochenen Nebenwirkungen ist

besonders zu erwähnen Kollaps in 11‰. Nur in einem Falle führte er zum Tode, bei dem aber fraglich ist, ob er durch das Tropakokain veranlaßt wurde (Krankengeschichte). Als große Seltenheit beschreibt Verf. den Eintritt von schwerem Aufregungszustand in einem Falle. Von den Nachwirkungen waren die häufigsten: Kopf- und Rückenschmerzen, Fieber (40%). Gegen die Kopfschmerzen half in der Mehrzahl der Fälle Wiederholung der Punktion; allerdings wurde diese Wirkung mehrmals auch bei Mißlingen der Nachpunktion gesehen. Steigt beim Fieber auch die Pulsfrequenz, so ist dies ein Zeichen eingetretener Komplikation. Erbrechen trat in 11% ein. In drei Fällen kam es ferner zu länger andauernder Paraplegie. Endlich wurde zweimal Abducenslähmung beobachtet und eine dauernde Peroneuslähmung. Die Zahl der Versager sank mit fortschreitender Technik von 25% auf 5%. Verf. führt sie auf kleine Fehler der Technik zurück.

Renner (Breslau).

28) O. Füster. Novokain als Lumbalanästhetikum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 225.)

Früher hatte T. Gelegenheit, über Lumbalanästhesie mittels Tropakokain in der v. Hacker'schen Klinik in Graz Beobachtungen zu machen, über die er berichtet hat (s. d. Bl. 1905 p. 953). Nunmehr konnte er in der Lotheissen'schen Abteilung des Franz-Josef-Spitals in Wien Erfahrungen über die Anwendung von Novokain Höchst sammeln und diese mit denen über die Tropakokainanästhesie vergleichen. Dieser Vergleich ist unbedingt zugunsten des Novokains ausgefallen, wie in vorliegender Arbeit des näheren ausgeführt wird.

Das Berichtsmaterial umfaßt 126 Operationen, in deren Mehrzahl 0,1 des Mittels mit Adrenalinzusatz zur Verwendung kam. Die beste Verwendungsart ist die mittels Auflösung zweier Tabletten in 10 ccm aufgefangenem Liquor cerebrospinalis. Die Tabletten werden nebst dem zum Auffangen des Liquor bestimmten Gläschen trocken bei 100° C sterilisiert, die Lumbalpunktion wird bei linker Seitenlage des Pat. mit heraufgeschlagenen Beinen und gesenktem Kopfe vorgenommen. Völlige Anästhesie wurde erzielt in 94,2% der Fälle (bei Tropakokain nur in 79,2%), mangelhaft war die Analgesie nur in 1,9% (bei Tropakokain nur in 11,9%), die Zahl völliger Versager war beiden Mitteln ungefähr gleich (in 4,8% der Fälle keine Anästhesie bei Tropakokain, in 3,8% des Novokain »teilweise ausreichende Anästhesie«). An intraoperativen Störungen wurden bei Tropakokain beobachtet: Kollapse, Erbrechen, Incontinentia alvi, Abkürzung der analgetischen Periode in 13,2% der Fälle — dagegen bei Novokain Erbrechen 7mal, Brechreiz 2mal, 2mal abgekürzte Analgesiedauer, also im ganzen in nur 10,5% der Fälle. Schwere postoperative Nachwirkungen des Novokains fanden sich niemals. Häufig waren aber leichte Temperatursteigerungen in den ersten Tagen und Kopfschmerzen, gegen die mehrmals Phenacetin gute Dienste tat. Einmal trat eine kurzdauernde Parese der unteren Extremitäten auf. Die Fälle von Versagern betreffen ausschließlich Individuen in jüngeren Jahren, wobingegen ältere Leute sehr gute Analgesien aufwiesen, auch das Mittel sehr gut vertrugen. Ob die Fälle von Erbrechen dem Medikament zur Last zu legen sind, ist recht zweifelhaft, da es sich hier meist um Operationen in der Bauchhöhle handelt, mithin auch die Reizung des Bauchfelles als Erbrechen erregend in Frage kommt. — Wennschon die Novokainlumbalanästhesie bislang allerdings noch nicht als eine vollkommene Behandlungsmethode gelten kann, ist sie nach F.'s Ansicht doch sicher imstande, mit der Inhalationsnarkose zu konkurrieren. Bei strikter Beobachtung der Kontraindikationen — Alter unter 15 Jahren, eitrige Prozesse und höchstgradige allgemeine Kachexie — erklärt F. das Novokain für ein quoad vitam ungefährliches Präparat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) Oelsner. Erfahrungen mit der Lumbalanästhesie in 875 Fällen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 557.)

Ein Bericht über Sonnenburg's einschlägige Erfahrungen im Berlin-Moabiter Krankenhause seit dem Jahre 1904. Den besten Überblick darüber zeigt folgende Tabelle:

Mittel	Zahl der Fälle	Anästhesie: Versager	ungenügend	ausreichend	Neben-wirkungen	Nach-wirkungen
Stovain	114	18	—	96	10	12
Novokain-Suprarenin	354	8	9	337	20	26
Stovain-Adrenalin (Riedel)	198	28	3	167	12	51
Stovain-Adrenalin (Billon)	200	9	4	196	6	17

Zur Vervollständigung dieser Zahlen ist noch hinzuzufügen, daß die Häufigkeit der »Versager« mit Zunahme der Injektionstechnik geringer wurde und daß auf frische Zubereitung der Injektionslösungen Wert gelegt wird. Betreffs Nebenwirkungen wird häufiger Abgang von Winden und Stuhlgang noch auf dem Operationstisch hervorgehoben, ein Vorgang, der, sonst unangenehm, bei eingeklemmten Brüchen, Appendicitiden recht erwünscht sein kann. Von üblen Nachwirkungen sind 6 Fälle schweren Kollapses zu registrieren, sowie 4 Fälle von Lähmungen, 3mal Abducenslähmung, 1mal Lähmung von Facialis und Hypoglossus. In den 3 ersten Fällen trat die Lähmung am 10. und 3. Tage, im letzten Falle erst nach 6 Wochen auf. Klinisch erinnerten diese Lähmungen an postdiphtherische Lähmungen. 3 Pat. starben infolge der Operation an aufsteigender Meningitis spinalis. In 2 Fällen mag eine vorhandene eitrig-pyämische Blutinfektion, schon vor der Injektion vorhanden, die Ursache der leptomeningitischen Infektion gewesen sein, wobei aber der Einstich in den Wirbelkanal dessen Inhalt zu einem Locus minoris resistentiae gemacht haben wird. Im 3. Falle wurden im Meningeaeiter bakteriologisch sicher Meningokokken nachgewiesen, eine ohne Analogon dastehende Beobachtung. Möglich, daß hier Pat. ein heimlicher Meningokokkenträger war, bei dem der Rückenstich die Entwicklung der Kokkenansiedlung am Zentralorgan vermittelte. Schließlich ist noch zu konstatieren, daß die Urinuntersuchung bei 60 mit Stovain-Adrenalin (Riedel) injizierten Kranken 47mal (in 78,33%) mehr oder weniger erhebliche Albuminurie mit Zylinderbildung nachwies. Die Dauer dieser Nierenaffektion wechselte zwischen 2 bis 28 Tagen und betrug im Durchschnitt 6 Tage; der Ausgang war stets günstig. Ob diese Nierenschädigung nur bei Stovain und nicht auch bei anderen Kokainderivaten vorkommt, ist noch nicht festgestellt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

30) **W. N. Tomaschewski.** Zur Kenntnis der Lumbalanästhesie.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Aus ca. 400 Publikationen hat T. den Stoff zu seiner umfangreichen Arbeit zusammengetragen. Er klagt dabei lebhaft über die große Ungleichmäßigkeit und stellenweise Unvollständigkeit der Mitteilungen.

16002 Fälle (bis August 1906) stellt T. zusammen. Zu den Injektionen wurde benutzt

Kokain	in 39 %	der	Fälle,
Tropakokain	» 33 %	»	»
Stovain	» 19 %	»	»
Eukain-β	» 2,6%	»	»
Novokain	» 2,5%	»	»
Kokain und Nebennierenpräparate	» 1,5%	»	»
Eukain-α	» 1,5%	»	»
Stovain und Kokain	» 1,3%	»	»
Alypin	» 0,2%	»	»
Nicht angegeben	» 10,0%	»	»

Über die leichten Komplikationen, die schnell vorübergehen, verbreitet T. sich nicht, erwähnt aber, daß in neuerer Zeit eine starke Abnahme dieser Nebenerscheinungen zu konstatieren ist, wohl wegen Verbesserungen der Technik.

Von Fällen, die schwere, aber vorübergehende Komplikationen boten, fand T. 16: 1mal 3 Tage anhaltende Temperatursteigerung und Bewußtseinsstörung, 1mal eine schwere Asphyxie, 2mal Meningitiden, 7mal Abducenslähmungen, 5mal Paresen und Lähmungen der oberen und unteren Extremitäten.

Endlich gibt T. noch zwei Fälle, in denen dauernde Störungen auf die Injektion zurückgeführt wurden: 1) Der in diesem Blatt 1905 Nr. 36 p. 953 referierte Fall Walther's. (In dem Referat steht: »Entartungsreaktion bestand nicht«. T. schreibt: »Auf den elektrischen Strom reagieren Muskeln wie Nerven, aber die Muskeln geben Entartungsreaktion«.) 2) Ein Fall von Bier. Pat., der anfangs Kopfschmerzen hatte, klagte nach mehreren Monaten über Incontinentia alvi und Blutungen aus dem After. T. erkennt beide Fälle nicht an, er glaubt die Erscheinungen auf andere Ursachen als die Injektion zurückführen zu können.

Von 31 der Injektion zur Last gelegten Todesfällen scheiden elf von vornherein aus wegen ungenügender Mitteilung. Unter den übrigen 20 fallen zwei unzweifelhaft der Lumbalanästhesie zur Last: 1) Der Fall Freund's: Stovainisierung, Beckenhochlagerung, Atmungsstillstand. 2) Der Fall aus der Bier'schen Klinik: Irrtümliche Injektion 0,13 Tropakokain,* (Erstickungs-) Tod nach wenigen Minuten.

Eingangs seiner Arbeit berichtet T. über die Erfahrungen, die in der Klinik seines Chefs Prof. N. A. Weljaminow (Petersburg) mit der Lumbalanästhesie, gemacht wurden. Es handelt sich um 50 Kranke (42 ♂, 8 ♀) im Alter von 13 bis 65 Jahren. In allen Fällen mit einwandsfreier Technik, d. i. 45, wurde eine tadellose Anästhesie erzielt. In 5 Fällen wurden unerhebliche Begleiterscheinungen beobachtet; in einem 6. (0,04 Stovain) wurde 2 Stunden nach der Operation die Atmung unregelmäßig, das Gesicht blaß, der Puls langsam, nach einer Stunde war aber wieder alles in Ordnung.

T. injiziert nach den üblichen Vorschriften. Meist nimmt er 0,08 Tropakokain in 3 ccm Flüssigkeit, die in eine 5 ccm-Rekordspritze aufgesogen werden. Er zieht 2 ccm Liquor in die Spritze und injiziert dann. Es ist seines Erachtens wichtig, möglichst wenig Liquor ablaufen zu lassen und nach der Injektion stets den Kopf des Kranken anzuheben, auch bei Trendelenburg'scher Lage.

Am Schluß warnt T. davor, schon jetzt Vergleiche mit Chloroform- usw. Statistiken zu ziehen, wenn auch schon soweit Klarheit herrsche, daß die Lumbalanästhesie für geeignete Fälle durchaus empfohlen werden müsse.

V. E. Mertens (Kiel).

31) **Groves.** Some remarks on spinal anaesthesia as based upon the personal observations of 30 cases.

(Bristol med.-chir. journ. 1907. Dezember.)

In 4 unter 30 mit Spinalanästhesie operierten Fällen floß kein Liquor cerebrospinalis ab, und es kam keine Analgesie zustande. Es handelt sich stets um anämische oder ältere, schwache Pat., bei denen der Druck im Subduralraume gewöhnlich gering ist; es kommt dann leicht zu Obliteration dieses Raumes, die Nadel drängt die kollabierten Wandungen zunächst vor sich her und durchbohrt sie schließlich, gelangt also nicht in den Subduralraum. G. betont die Vorteile der Spinalanästhesie für Bauchoperationen bei sehr schlechtem Allgemeinzustand, indem der Chok fast völlig beseitigt wird. **Mohr** (Bielefeld).

32) **B. Chajes.** Zur Kenntnis »traumatischer Epithelcysten«.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

Nach einer vor 2—3 Jahren erlittenen Verletzung entwickelte sich bei dem 33jährigen Kranken auf dem rechten Scheitelbein eine kirschgroße, harte Geschwulst mit glatter Oberfläche, verschieblich, mit der Haut nicht verwachsen. Die mikroskopische Untersuchung der soliden, rein epidermoiden Geschwulst ergab, daß die Zellen im wesentlichen die normalen Verhornungsvorgänge durchmachten, ohne daß irgendwie fettige, schleimige oder seröse Entartungsvorgänge vorlagen. In den

bisher beschriebenen 75 Fällen ist dieser Befund nie erhoben. Die Entstehung aus spiraligem Zellwachstum deutete die Stellung der Zellkerne, die aus ihrer senkrechten Lage stellenweise allmählich in die Horizontale übergingen, an.

C. empfiehlt dringend, in jedem Falle die Exstirpation solcher Gebilde vorzunehmen, da eine bösartige Umwandlung beobachtet worden ist.

Langemak (Erfurt).

33) **Syme.** Some cases of head injury.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1907. Oktober 20.)

Drei bemerkenswerte Fälle von Schädelverletzung.

Das Interesse des ersten Falles, einer Depressionsfraktur, liegt darin, daß es sich nach dem Operationsbefund um eine genau auf das sog. Broca'sche Sprachzentrum lokalisierte Hirnverletzung handelte. Es bestand rein motorische Aphasie; der Fall spricht demnach für die ursprünglichen Ansichten Broca's, Charcot's u. a., gegen die neuern Anschauungen von Pierre Marie, der das motorische Sprachzentrum in der Wernicke'schen Region lokalisiert.

Bei dem zweiten Pat. mit traumatischer Blutung aus dem hinteren Aste der Meningea media wurde wegen starker Hirndruckerscheinungen erst 36 Stunden nach dem Trauma eingegriffen; nach Ausräumung eines großen Blutergusses trat auffallend rascher Rückgang aller Erscheinungen ein, obwohl die Hirnoberfläche sich nicht sofort wieder ausdehnte, und das entfernte Knochenstück sofort wieder eingesetzt wurde.

Im dritten Falle handelte es sich um eine reine Commotio cerebri, ohne Knochenverletzung und ohne intrakranielle Blutung (wie die Autopsie zeigte), die nach 3 Tagen völliger Bewußtlosigkeit zum Tode führte. Das Gehirn zeigte keine makroskopisch sichtbaren Veränderungen, jedoch fanden sich in verschiedenen inneren Organen Zeichen kongenitaler Lues.

Mohr (Bielefeld).

34) **C. Remy.** Balle de revolver tolérée pendant six ans. Mort rapid en deux jours.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1907. Oktober.)

Bei zunächst reaktionslos im Gehirn eingeheilten Geschossen pflegen häufig nach einer kürzeren oder längeren Zeit vollständigen Wohlbefindens Sekundärerscheinungen einzutreten, und zwar nach R. in dreierlei Form: 1) in dauernden Schmerzen wechselnder Intensität, 2) in Übergang in Paralyse, 3) und das am häufigsten, tritt unter ganz akuten, schwersten Gehirnerscheinungen rasch der Tod ein. Zu dieser letzten Gruppe gehört R.'s Fall. Bei einem 34jährigen Manne war ein 6 mm-Geschoß in die rechte Schläfe eingedrungen, hatte den Bulbus zerstört und war in zwei Teile zersprungen, welche im Röntgenbild in 3 bzw. 5 cm Tiefe zu sehen waren. Nach 5 Jahren völligen Wohlbefindens und ungestörter Arbeitsfähigkeit ein epileptischer Anfall, genau 1 Jahr später ein zweiter. An diesen, der nicht nach dem Jackson'schen Typus verlief, schloß sich unter hoher Temperatursteigerung ein komatöser Zustand an, in welchem der Kranke 19 Stunden nach Beginn der ersten Erscheinungen trepaniert wurde. Das Gehirn war verwachsen, die Meningen gerötet. Das eine Geschoßstück, 1 cm tief in der Rinde steckend, wurde leicht extrahiert, wobei eine 8 cm tiefe, umfangreiche, mit Flüssigkeit gefüllte Höhle eröffnet wurde. Auf das zweite Geschoßstück wurde verzichtet, die Höhle drainiert. Tod nach 5 Stunden, nach Wiederkehr des Bewußtseins. R. glaubt, daß die schweren Erscheinungen auf einen Durchbruch der Cyste in die Ventrikel zurückzuführen seien.

Wegen der oben erwähnten, dem Verletzten von seinem Geschoß drohenden Gefahren, für die R. statistische Belege bringt, will er in jedem Fall auch bei Fehlen jeglicher Symptome die Entfernung des Fremdkörpers anraten, wenn derselbe nicht tiefer wie 5 cm sitzt. Sitzt er tiefer, so operiert R. nur, wenn bedrohliche Symptome auftreten. Die Lage des Fremdkörpers bestimmt er mittels eines eigenen Apparates, mit Hilfe dessen er in einem Falle die Lokalisation und die Entfernung eines Geschosses in 17 Minuten bewerkstelligen konnte.

Vorderbrügge (Danzig).

35) **Kotzenberg.** Zur Frage der operativen Behandlung der idiopathischen Epilepsie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 326.)

Verf. unterscheidet zwischen Epilepsie und Hemiepilepsie, die beide als Krankheitsbillder vollwertig nebeneinander stehen. Beide können zu dem sog. Status epilepticus führen und traumatisch bedingt sein, doch ist es vorzugsweise die Hemiepilepsie, welche traumatischen Ursprung hat.

Unter Adoption der Kocher'schen Anschauung, daß auch bei genuiner Epilepsie die Trepanation mit Duraexzision durch Veränderung der Druckverhältnisse das Leiden günstig zu beeinflussen geeignet sein kann, wurden in der Kümmell-schen Abteilung 16 Fälle von idiopathischer Epilepsie trepaniert.

Von diesen konnten 13 nachuntersucht werden. Bei 11 jähriger Beobachtungdauer waren zwei Pat. mit genuiner Epilepsie durch die Operation dauernd geheilt. Bei 3—4jähriger Beobachtungsdauer ergab sich bei drei bis vier Fällen eine wesentliche Besserung der Erkrankung. Sechs andere, jüngere Fälle waren durch die Operation nicht beeinflußt worden; von diesen starben drei verschieden lange Zeit nach dem Eingriff im epileptischen Anfall. Ein Todesfall erfolgte kurz nach der Operation, doch war es fraglich, ob es sich wirklich um eine genuine Epilepsie und nicht vielmehr um eine luetische Encephalitis gehandelt hat, obgleich der Fall von neurologischer Seite als sichere Epilepsie angesprochen wurde.

Bei Hemiepilepsie wurde die Trepanation über dem zuerst krampfenden Zentrum, sonst über der linken Frontotemporalgegend ausgeführt unter Bildung eines Weichteil-Knochenlappens. Regelmäßig wurde die Dura ausgedehnt exzidiert und auf längere Drainage resp. Tamponade Wert gelegt.

Bei der trostlosen Prognose der genuinen Epilepsie ermutigen die zwei bis drei Dauerheilungen und drei entschiedenen Besserungen zu weiteren Versuchen mit der von Kocher inaugurierten operativen Behandlung.

Reich (Tübingen).

36) **H. Denks.** Tumor des Occipitallappens des Gehirns, durch Operation geheilt.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 300.)

Der 27jährige Pat. mit obiger Affektion litt seit etwa Jahresfrist an exazerbierenden Kopfschmerzen und Erbrechen. Als wegen Gesichtsstörungen eine Augenuntersuchung vorgenommen wurde, ergab diese einen Befund, der zur genannten Diagnose und operativen Behandlung führte. Die Diagnose und Lokalisation gründete sich auf das Vorhandensein einer doppelseitigen Stauungspapille, einer totalen rechtsseitigen Hemianopsie und einer beträchlichen Einschränkung des linken Gesichtsfeldes. Rindenreizsymptome fehlten. Ein Trauma oder Lues waren auszuschließen.

Bei der Eröffnung des Schädels mit Bildung eines Weichteil-Knochenlappens über dem Occipitallappen des Gehirns fand sich unter einer bläulich verfärbten, nicht pulsierenden Stelle der Dura eine Geschwulst mit einer zweimarkstückgroßen Oberfläche, die mit der Dura verwachsen war. Die aus einer dunkel-rötlichen, derben Masse, einem von der Dura ausgehenden Spindelzellensarkom bestehende Geschwulst war scharf umgrenzt, reichte weit in die Tiefe, den ganzen Hinterlappen durchsetzend, konnte aber leicht mit dem Finger ausgeschält werden.

Die Blutung stand auf Tamponade. Es erfolgte anstandslose Wundheilung unter knöcherner Einheilung des Lappens.

Nach 5 Wochen war die Stauungspapille verschwunden und dafür eine Atrophie vorhanden. Nach $1^1/_2$ Jahren der Augenbefund sogar etwas besser als vor der Operation; Pat. psychisch und körperlich durchaus munter und imstande, seine Geschäfte als Landwirt zu verrichten. **Reich** (Tübingen).

37) **A. Exner.** Über basale Cephalokelen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 23.)

Mehr pathologisch-anatomisch, aber auch chirurgisch interessierende Abhandlung, betreffend ein in der Wiener Klinik von Hochenegg beobachtetes neu-

geborenes männliches Kind. Dasselbe zeigte außer einer medianen Oberlippenspalte bei vorhandenem Philtrum und einer medianen Spalte des hinteren Gaumens eine dünnwandige, taubeneigroße, hinter dem Alveolarfortsatz des Oberkiefers sitzende Cyste, deren Stiel aus einer Lücke der Schädelbasis heraustrat. Diese Cyste wurde brandig, und gegen Ende seines 1. Lebensmonates starb das Kind unter meningitischen Erscheinungen. Die Sektion zeigte auf der Schädelbasis eine auf Kosten des Sieb- und Keilbeines entstandene, ovale, 19 mm lange, 7 mm breite Lücke, die als Bruchpforte für eine Hydromeningoencephalokele gedient hatte. Und zwar hatte das stark erweiterte Vorderhorn des rechten Seitenventrikels diese Bruchpforte passiert. Von Wichtigkeit ist, daß im hinteren Teile der Schädelspalte sich ein braunrotes Gewebe fand, das sich histologisch als drüsiges Hypophysengewebe erwies; denn dieser Befund gibt den Schlüssel zur genetischen Erklärung für die Schädelspaltbildung. Die Hypophyse entwickelt sich aus einer Ausbuchtung des Schlundepithels und wächst von hier aus gegen das Hirnbläschen vor. Eine Persistenz dieses Schlund und Schädelhöhle verbindenden »Hypophysenganges« ist die Grundlage zur Bildung der Hirnbruchpforte. Die mediane Oberlippenspalte seines Falles erklärt E. als Hemmungsbildung infolge von Nichtzusammenwachsen der »Processus globulares« (His) der sich entwickelnden Oberlippen. Die vorhandene Gaumenspalte erklärt sich durch die aus der Schädelbasisspalte begreifliche Verbreiterung der Schädelbasis. Auch gibt letztere einen Erklärungsgrund für einen eigentümlichen fistulösen Kanal, der, in der Medianlinie gelegen, am Alveolarfortsatz mit einem kleinen Loche beginnend, submukös sagittal weiter geht und in der Gaumenspalte endigt. Wahrscheinlich handelt es sich um den unverödeten embryonalen Canalis incisivus.

Die Beschreibung der anatomischen Details ist unter Beifügung von Abbildungen sorgfältig und gut verständlich ausgearbeitet. In der zur Erläuterung der Persistenz des Hypophysenganges angezogenen Literatur finden sich mehrere Beobachtungen dieser Anomalie, verschiedene Grade von deren Ausbildung kennzeichnend.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) **Chavanne et Troullieur.** De le section intra-cranienne du nerf auditif.

(Annal. des maladies de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 9.)

Die Verff. berichten über 3 Fälle, bei denen zur Beseitigung quälender Ohrgeräusche die intrakranielle Durchschneidung des N. acusticus vorgenommen wurde. Die Erfolge sind wenig ermutigend: 2 Pat. starben an den Folgen der Operation, der dritte blieb am Leben, bekam aber zu seinen Ohrgeräuschen, die 1 Jahr nach der Operation noch vorhanden waren, eine Facialislähmung und Schwindel.

Hinsberg (Breslau).

39) **Lennoyez.** Affections pyocyaniques de l'oreille.

(Annales des maladies de l'oreille etc. T. XXXI. Nr. 10.)

L. weist darauf hin, daß der Pyocyaneus, der sich nicht selten im Gehörgang bei Otitis externa und bei chronischen, seltener bei akuten Mittelohreiterungen findet, durchaus nicht immer als harmlose Saprophyte aufzufassen ist, daß er vielmehr häufig schwere Erkrankungen mit hohem Fieber und auffallend heftigen Schmerzen verursacht. Er stellt die Literatur übersichtlich zusammen und berichtet über persönliche Erfahrungen. Experimentell konnte er feststellen, daß eine Pyocyaneusinfektion der Ohrmuschel des Kaninchens regelmäßig eine schwere Perichondritis verursacht. Auch die beim Menschen beobachtete Perichondritis scheint meist auf den Pyocyaneus zurückzuführen zu sein.

Hinsberg (Breslau).

40) **Rothschild.** Ein Eall von retrobulbärer teratoider Geschwulst. Krönlein'sche Operation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

Es handelt sich im obenstehenden Falle um eine kirschgroße retrobulbäre Geschwulst, die zwischen Periorbita und Muskeltrichter auf der temporalen Seite

des Auges lag. Sie wurde durch die Krönlein'sche Operation unter Erhaltung des Bulbus und seiner Mobilität entfernt. **Borchard** (Posen).

41) **J. N. Roy.** Primary melanosis of the palate; nasobuccal fistula of recent sarcomatous origin.

(New York med. record 1907. November 2.)

R. hat einen Fall von melanotischem Sarkom des harten Gaumens beobachtet; bei dem Kranken soll sich schon 20 Jahre vorher Pigmentation, »als primäre Melanosis« bezeichnet, allein an dem jetzigen Sitz der Neubildung gezeigt haben. **Loewenhardt** (Breslau).

42) **W. Sterling.** Ein Fall von Syphilis der Kiefergelenke.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLIV. Hft. 11.)

Bei einem vor 5 Jahren syphilitisch infizierten Pat. entwickelten sich allmählich Beschwerden beim Kauen und Aufmachen des Mundes, und zwar in beiden Kiefergelenken. Eine Auftreibung des Jochbeines, der unteren Temporalgegend, des Kiefergelenkes fand sich besonders links. Auf spezifische kombinierte Behandlung trat wesentliche Besserung, wenn auch keine völlige Heilung ein. **Jadassohn** (Bern).

43) **P. Steiner.** Beiträge zur Behandlung des Lippenkrebses.

(Orvosi Hetilap 1908. Nr. 1.)

Verf. bespricht auf Grund des Materials der Dollinger'schen Klinik die chirurgische Behandlung des Lippenkrebses. Es wurden im letzten Dezennium 200 Fälle operiert, und zwar 158 primäre und 42 Rezidivkrebse, die Verf. betreffs der Dauerheilung einer Nachuntersuchung unterzog. Es kommt Verf. zu folgendem Schluß: Der Lippenkrebs kommt beim Manne 10mal häufiger vor als bei Frauen. Der Krebs der unteren Lippe ist 12mal, der oberen Lippe 3mal häufiger beim Manne. Der Krebs der unteren Lippe ist 12mal häufiger als der Krebs der oberen Lippe. An der unteren Lippe gibt es keine Prädilektionsstelle für den Krebs, an der oberen sitzt der Krebs am häufigsten in der Mittellinie. Der Lippenkrebs kommt meist bei Feldarbeitern vor, und zwar zwischen dem 55. und 60. Jahre. Vorhergegangene Entzündungen, Psoriasis, Leukoplakie, Narben entarten häufig karzinomatös. Eine 3jährige Rezidivfreiheit wurde in den primären Fällen in 70,7%, eine 5jährige in 69,6% erzielt. Eine 3jährige Rezidivfreiheit wurde in den Rezidivfällen nur in 16% erzielt. In $^2/_3$ der rezidivierten Fälle trat der Tod im ersten Jahr ein. (Selbstbericht.)

44) **A. D. Pawlowski.** Zur Frage von der Glossitis acuta staphylococcica.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 44.)

Unter diesem Namen beschreibt P., als Krankheit sui generis eine Zungenaffektion, die im südwestlichen Rußland — Gouv. Kiew — ziemlich oft vorkommt. Das Volk auf dem Lande lebt recht unreinlich, wäscht den Körper selten, und P. fand sehr oft auf der Haut den Staphylokokkus albus, der auch das genannte Zungenleiden verursacht. Es äußert sich in Rötung und Schwellung der Zunge und im Auftreten von Bläschen und Papeln an der Oberfläche, die kleine eiternde Erosionen zurücklassen und nach einigen Tagen ausheilen. Die Krankheit tritt meist bei Kindern nach erschöpfenden Allgemeinleiden auf. Aus dem Eiter züchtete P. Reinkulturen des Staphylokokkus albus und erzielte durch Impfung derselben auf die lädierte Zunge von Meerschweinchen ähnliche Zustände. **Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

45) **H. Ito und Y. Soyesima.** Zur Behandlung der Facialislähmung durch Nervenpfropfung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 203.)

Verff. verfügen über sechs Fälle von Nervenpfropfung wegen Facialislähmung, welche in der japanischen Universitätsklinik Kyoto operiert sind. Zur Vernähung

mit dem Facialis wurde zweimal der Accessorius und viermal der Hypoglossus verwendet. Die Technik war stets so, daß ein läppchenförmiges Längsstück des verwerteten Nerven mit zentraler Basis gebildet und in einen Längsschlitz des Facialis eingenäht wurde, nachdem dieser zwischen Foramen stylomastoideum und Parotis frei gemacht worden. Die Lähmung war stets rheumatischer Natur und hatte mindestens 1 Jahr bis in maximo 35 Jahre bestanden. Die Nachbehandlung bestand, abgesehen von Elektrizität und Massage, in methodischen Übungen vor dem Spiegel. Bei zwei jugendlichen, 14- resp. 20jährigen, Kranken trat in einigen Gesichtsmuskeln schon sehr frühzeitige Reaktion auf, sonst erfolgte die teilweise Wiederherstellung der gelähmten Muskeln erst nach einigen Monaten (zwei Fälle), resp. nach einem Jahre (ein Fall). Der Erfolg macht sich wesentlich bei mimischer Ruhe durch wesentliche Besserung der Gesichtsasymmetrie bemerkbar; ein aktives mimisches Muskelspiel ist nicht erreicht, so daß Verff. die Operation nur als eine »ästhetische« bezeichnen möchten. Die beiden mit Vernähung des Accessorius behandelten Kranken hatten über unwillkürliche Mitbewegungen im Gesicht bei Heben des Armes zu klagen, während bei den mit Verwendung des Hypoglossus Behandelten die anfänglichen Ausfallserscheinungen betreffs Sprechens und Schlukkens in einigen Wochen fast vollständig schwanden.

Das bisher über Erfahrungen mit diesen Operationen veröffentlichte Material (57 Fälle, und zwar 35 Accessorius-, 22 Hypoglossusanastomosen) ist in der Abhandlung kurz besprochen. Am Schluß steht ein 105 Nummern zählendes Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

46) **R. Wilmanns.** Über die mediane Halsfistel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 549.)

Wenige Monate vor der Operation war bei einem 6jährigen Mädchen spontan eine bisher latente mediane Halsfistel nach außen durchgebrochen, die trotz mehrfacher Eingriffe nicht zu definitivem Verschluß kam. Es wurde daher unter Resektion des Zungenbeines die Fistel von ihrer äußeren Mündung bis zum Foramen coecum exstirpiert. Sie bestand in ihrem peripheren Abschnitt aus einem epithellosen, in entzündliches Gewebe eingebetteten Gange, in ihrem zentralen Teil aus drei mit hohen, zum Teil mehrschichtigen Epithelzellen ausgekleideten Gängen, die sich zu einem Gange vereinigten. In der Nachbarschaft fand sich typisches Schilddrüsengewebe und in der Zungenbasis ein Herd wohl ausgebildeten Knorpels.

Die Fistel war also wohl zweifellos aus dem Ductus thyreoglossus hervorgegangen.

Da in zwei anderen Fällen von medianer Halsfistel nach unvollständiger Operation und spontanem Verschluß je 10 Jahre später ein Rezidiv auftrat, so empfiehlt Verf. die radikale Ausrottung unter Resektion des Zungenbeines.

Reich (Tübingen).

47) **F. Lehnerdt.** Zur Kenntnis der Narbenstrikturen und Narbenverschlüsse nach Intubation nach Beobachtungen im Leipziger Kinderkrankenhause.

Berlin 1907.

Verf. verwertet in seiner Arbeit das Diphtheriematerial des Leipziger Kinderkrankenhauses der Jahre 1892—1905 zur Beurteilung der Schädigungen durch die Intubation, insonderheit der Entstehung der Narbenstenosen und ihrer Beziehungen zur sekundären Tracheotomie. Es ist ein wesentlicher Unterschied zwischen den Jahren 1892 bis 1901 und 1902 bis 1905. Denn während in dem ersten Zeitraume bei 988 Intubierten mit 151 Sekundärtracheotomien nur 2 Stenosen beobachtet sind = 0,2%, sind in der zweiten Gruppe unter 551 mit 196 Sekundärtracheotomien 14 Narbenstenosen = 2,5%. Diesen auffallenden Unterschied glaubt Verf. dadurch erklären zu müssen, daß 1903 und 1905 besonders schwere Diphtherieepidemien vorlagen. Beweis hierfür die Tatsache, daß die Mortalitätsziffer, die nach der Einführung der Serumbehandlung von 45% auf durchschnittlich 15% gefallen war, in diesen Jahren wieder auf 21,7% und 21,3% stieg. Die sekundäre

Tracheotomie wurde wegen Dekubitalgeschwüren ausgeführt, wenn die klinischen Symptome für ein solches sprachen und sich bei fortgesetzter Intubation an Intensität steigerten. Bereits am 2.—3. Tage wurden alsdann kurzdauernde Probeintubationen vorgenommen, während zu Dauerintubationen erst vorgegangen wurde nach Eintritt der Vernarbung. Unter 14 Stenosen sind 2 impermeabel, 8 permeabel I. Grades, d. h. solche, bei denen die kleinste Tubusnummer durchging, 4 II. Grades, die nur durch feine Sonden und Bougies passierbar waren. Von ihnen sind 5 geheilt, 3 gebessert, 5 gestorben — 2 Masern, 2 Pneumonien, 1 Arrosionsblutung nach Tracheotomie. Nach diesen Resultaten glaubt Verf., daß die sekundäre Tracheotomie bei Dekubitalgeschwüren im allgemeinen nicht zu verwerfen ist, vielmehr erst gefährlich wird bei tiefgreifenden Geschwüren und schwerer Zerstörung des Kehlkopfes. **Coste** (Breslau).

48) **N. Wolkowitsch** (Kiew). Zur Frage über den Kehlkopfkrebs und speziell dessen operative Behandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 42.)

Bei den 24 von W. operativ behandelten Pat. mit Kehlkopfkrebs — 19 Männer und 5 Frauen, meist im 46.–65. Lebensjahre — kamen folgende Operationen zur Ausführung: a. Thyreotomie mit Entfernung der Neubildung im Gebiete des Stimmbandes und seiner nächsten Umgebung: 2 Fälle. b. Partielle Kehlkopfexstirpation: 7 Fälle. c. Totale Kehlkopfexstirpation: 15 Fälle, zu denen noch ein 16. hinzukommt, in dem diese Operation nachträglich stattfand, nachdem einer Partialoperation ein Rezidiv nachgefolgt war. An unmittelbaren Operationsfolgen starben nur 3 Kranke, alle an Totalexstirpation, an Sepsis dabei genau genommen nur 1. An Tuberkulose und anderen Erkrankungen, sowie an zufälligen Ursachen starben 7. Bei 5 Pat. wurde ein Rezidiv beobachtet, und zwar bei einem erst nach mehr als 2 Jahren nach der Operation. Das Schicksal eines Pat. ist unbekannt, die übrigen 7 Pat. sind $1^7/_{12}$ bis mehr als 8 Jahre rezidivfrei.

Bei der wichtigsten Operation, der totalen Kehlkopfexstirpation, werden folgende drei Aufgaben erörtert: radikale Entfernung alles Erkrankten, Verhütung von Wundinfektion, zweckmäßige postoperative Ernährung. Zu einer radikalen Operation ist die Mitentfernung infizierter oder verdächtiger Drüsen erforderlich (von W. in 13 Fällen vorgenommen). Sie wird zwecks Verhütung von Infektion vor Inangriffnahme des Kehlkopfes erledigt und bedingt bei Verwachsung der Drüsen mit der Jugularvene nicht selten deren Resektion, hier und da auf beiden Seiten. Ist der allenfalls erhaltbare Kehlkopfteil kleiner als die Hälfte des Organes, so entferne man lieber den ganzen Kehlkopf; denn die Erhaltung kleiner Kehlkopfreste hat keinen sonderlichen Vorteil. Zur Verhütung von Wundinfektion dient erstens die Einnähung des Luftröhrenstumpfes in das untere Wundende, wobei zu bemerken, daß W.'s Schnittführung vom Zungenbein bis zur Incisura sterni reicht. Durch dieses Verfahren wird allerdings der Gebrauch eines künstlichen Kehlkopfes ausgeschlossen; doch fand W. dieses Instrument nicht nur unpraktisch, sondern auch überflüssig; denn alle Pat. können mindestens eine genügende Flüstersprache erlernen, ausnahmsweise (ein Pat. W.'s) sogar ein laut vernehmliches Sprechen. Zweitens kommt es auf eine zulängliche Vernähung der Schlundwunde mit der Zungenbasis an, für die eine erhaltbare Epiglottis von großem Vorteil ist. Meist ist diese Schlundvernähung oder Plastik nur in der Längsrichtung möglich, fünfmal gelang sie W. in querer Richtung. Zur Schonung dieser Nähte bei der Nachbehandlung ist der Kopf durch Bindenwicklung in vornüber gebeugter Richtung zu fixieren. Die Wundhöhle zwischen Luftröhrenstumpf und Schlundteil der Wunde wird mit Jodoformgaze drainiert und darüber genäht. Für die postoperative Ernährung führt W. schon auf dem Operationstisch eine weiche Magensonde ein und läßt dieselbe behufs ausschließlicher Nahrungszufuhr durch sie bis über 2 Wochen lang liegen, bis Schluckversuche zeigen, daß nur noch minimale Flüssigkeitsmengen aus dem Schlund in die Wunde geraten. Das Verfahren hat sich durchaus bewährt und wird zur Nachahmung empfohlen.

Zum Schluß stehen in Tabellenform die 24 Krankengeschichten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

49) **E. Stumme.** Ein Fall von Basedow mit Tuberkulose einer Glandula parathyreoidea.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 265.)

Die Mitteilung aus der Hochenegg'schen Klinik in Wien hat besonderes Interesse für die Frage der physiologischen Bedeutung der »Epithelkörperchen« (Glandulae parathyreoideae). Eine 22jähriger Pat., die an Lungentuberkulose und Basedow litt, wurde mit bestem Erfolg einer Kropfoperation unterzogen. An dem fast mannsfaustgroßen Operationspräparat ist das obere Epithelkörperchen zu sehen, während das untere fehlt. Das Epithelkörperchen ist tuberkulös degeneriert, wie histologisch des näheren beschrieben, auch durch zwei mikroskopische Abbildungen erläutert wird.

Klinisch wird besonders die nach der Operation hergestellte bedeutende Herabsetzung des sogenannten »Facialissymptomes« hervorgehoben. Vor der Operation trat bei der Pat. beim Beklopfen der Wange etwas unterhalb des vorderen Teiles des Jochbogens deutliches Zucken des betreffenden Mundwinkels ein, nach der Heilung war dies, einer Übererregbarkeit des Facialis zuzuschreibende Symptom so weit zurückgegangen, daß immer erst nach ein paar Schlägen eine kaum merkliche, aufs Lippenrot beschränkte Zuckung eintrat. Außerdem schwanden die Lungenbeschwerden fast ganz, die Basedowsymptome ebenfalls sehr erheblich.

In der Besprechung finden sich sehr interessante Notizen über die physiologischen Funktionen der Epithelkörperchen in gesundem und krankem Zustande, besonders bei Tuberkulose, die bei ihnen bislang nur erst sehr vereinzelt nachgewiesen ist (6 Fälle von Pepere). Die Übererregbarkeit des Facialis ist auf eine physiologische Epithelkörpercheninsuffizienz zurückzuführen. Das kranke Epithelkörperchen war in »seiner physiologischen Pflicht beeinträchtigt, um so mehr als der vorhandene Basedow gesteigerte Ansprüche an sie stellte«, so daß das der Bindung entgangene Toxin (Hyperthyreoidismus!) zur Übererregbarkeit des Facialis führte. Die Verkleinerung des Kropfes brachte Reduktion der Anforderungen, und die Epithelkörperchen wurden ihrer Aufgabe wieder gerecht.

Das interessante zum Schluß der Arbeit gegebene Literaturverzeichnis weist 36 neuere Schriften über Epithelkörperchen nach.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

50) **W. M. Rokizki.** Zur Ösophagoplastik.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

R. empfiehlt, plastischen Operationen an der Speiseröhre stets die Gastrostomie vorauf zu schicken. Im folgenden Falle glaubt er dem Vorhandensein der Magenfistel einen wesentlichen Anteil am Erfolge zuschreiben zu müssen.

Die 46jährige Pat., der vor mehreren Jahren eine Speiseröhrenstriktur dilatiert worden war, kam mit total impermeabler Striktur. 16 cm hinter der Zahnreihe begann der Verschluß. Aus vitaler Indikation wurde gastrostomiert.

Operation: Von unten und von oben wurden Sonden in die Speiseröhre eingeführt und diese von links her an zwei Stellen inzidiert, darauf die 6—7 cm lange Narbenpartie halb gespalten und aufgeklappt, worauf sie $1^1/_2$—2 cm breit war. Von einer Lichtung waren kaum Spuren zu sehen. Zur Herstellung des Rohres wurde ein länglicher Hautlappen mit unterer Basis benutzt, der mit der Epidermis nach innen in 2 Zeiten an seine Stelle gebracht wurde. 4 Monate später — inzwischen war fleißig bougiert worden — wurde ösophagoskopiert: von 16—23 cm war der Ösophagus leicht sackförmig erweitert, und zwar nach links vorn. Die Farbe war blasser als die des übrigen Ösophagus. Die Narbe und die eingeklappte Haut waren schwer zu unterscheiden, aber durch Falten voneinander getrennt.

V. E. Mertens (Kiel).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 8. Sonnabend, den 22. Februar 1908.

Inhalt.

I.

Aus der experimentell-biologischen Abteilung des pathologischen Instituts zu Berlin. Vorstand Prof. Dr. A. Bickel.

Überleitung des Vena cava-Blutes in die Vena portae mittels terminolateraler Gefäßanastomose.

Von

Dr. Ludwig Meyer in Berlin.

In Nr. 36 dieses Zentralblattes (1902) beschreibt Professor Iginio Tansini eine Methode, nach welcher in seiner Klinik zu Palermo die Eck'sche Fistel an Hunden hergestellt wurde, und zwar wurde dort die terminolaterale Einpflanzung der Vena portae in die Vena cava ausgeführt. Am Menschen wurde dieselbe Operation einmal von Vidal (Périgneux) ausgeführt und auf dem französischen Chirurgenkongreß zu Paris 1904 veröffentlicht.

Umgekehrt hierzu wird es nun Fälle geben, wo es indiziert erscheint, die Vena cava in ihrer Kontinuität zu unterbrechen und

streckenweise zu resezieren, und zwar zentralwärts vom Eintritt der Nierenvenen. Bis jetzt war dies nur möglich, wenn die Cavaunterbindung durch krankhafte Stenosierung ihres Lumens vorbereitet war, und sich Kollateralen schon gebildet hatten. Die bis jetzt in der Literatur beschriebenen Fälle sind in einer Arbeit von Draudt aus der Königsberger Klinik in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXVIII p. 109 zusammengestellt.

Ich glaube nun für die Ligature brusque, d. h. für die unmittelbare Unterbindung und Durchschneidung der Vena cava analog der Herstellung einer Eck'schen Fistel eine Methode vorschlagen zu können, die dem Cavablute sofortigen Abfluß gestattet.

Ich habe am Hunde die Vena cava inferior oberhalb — d. h. zentralwärts — der Nierenvenen quer durchschnitten und endständig derartig in die Seitenwand der Vena portae implantiert, daß das Körperblut seinen Weg jetzt von der Vena cava durch die Pfortader in die Leber nimmt und von dort aus durch die Vena hepatica dem oberen Abschnitte der Vena cava wieder zufließt.

Die Technik dieser Operation, die von mir am Hunde ausgeführt worden ist, entspricht ungefähr der von Tansini veröffentlichten.

Der Hund wird auf ein rollenförmiges Kissen zur Laparotomie gelagert und ein Schrägschnitt, 2 cm unter dem Processus xiphoideus beginnend, 10 cm lang in der Richtung auf die Spina iliaca ant. sup. dextra gemacht. Nach Durchtrennung der Muskulatur und Eröffnung des Peritoneums werden die Därme und das Pankreas aus der Laparotomiewunde herausgewälzt, in ein mit heißer, physiologischer Kochsalzlösung getränktes Tuch gepackt und nach links gezogen. Jetzt beginnt die eigentliche Hauptoperation.

Die in durchscheinendes Bindegewebe eingebette Vena portae wird stumpf mit langer Hohlsonde und anatomischer Pinzette in möglichst weiter Ausdehnung freipräpariert und ein $1^1/_2$ cm langer Abschnitt derartig zwischen gummiarmierten Pinzen abgeklemmt, daß alle in den betreffenden Abschnitt hineinmündenden Gefäße mitgefaßt werden und bei der jetzt folgenden Längsschlitzung nicht bluten können.

Unmittelbar wird jetzt die Vena cava von der Unterlage freipräpariert, zentralwärts unterbunden, peripherwärts mit einer gleichfalls gummiarmierten Pinze abgeklemmt und dazwischen sehr dicht an der Ligatur quer durchschnitten.

Es erfolgt jetzt die terminolaterale Einnähung des klaffenden Cavalumens in den longitudinal eingeschnittenen Schlitz der Vena portae, was bei der außerordentlichen Zartheit der letzteren nicht ganz leicht und nur mittels der von Herrn Kollegen Stich in Bonn angegebenen sehr feinen Nähmaterialien möglich ist; andere Utensilien reißen in die zarte und sehr brüchige Vena portae Löcher, und das Versuchstier verblutet sich aus den Stichkanälen. Wichtig für das

Gelingen der Operation ist sorgfältige Freipräparation der Vena portae in möglichst großer Ausdehnung, da im Unterlassungsfalle durch die Traktion der eingenähten Vena cava die zarte Vena portae gegen fälschlich stehen gebliebene quere Bindegewebszüge abgeknickt wird und tödliche Stauung im Darm und den unpaaren Bauchorganen entsteht.

Der operierte Hund konnte am 11. Dezember 1907, das ist 9 Tage post operationem, in der Berliner medizinischen Gesellschaft vorgestellt werden. Zucker oder Eiweiß sind weder unmittelbar nach der Operation noch im weiteren Verlauf im Harn nachgewiesen worden. Ebensowenig sind andere Stauungserscheinungen aufgetreten. Der Hund hat die Operation um 15 Tage überlebt und damit den Beweis erbracht, daß er bei richtiger Funktion der Fistel die Ableitung des Blutes durch die Leber verträgt, während andere Hunde schon bei geringfügiger Stenosierung der Vena portae am 2. Tage post operationem unter Stauungserscheinungen zugrunde gingen. Die Versuche werden von mir unter steter Kontrolle von Stoffwechseluntersuchungen seitens des Kollegen Ehrmann fortgesetzt, und verweise ich auf die demnächst erscheinenden Veröffentlichungen.

II.

Aus der chirurgischen Abteilung des Alt-Katharinenkrankenhauses in Moskau.

Eine Modifikation der Roux'schen Ösophago-jejuno-gastrostomie.

Von

P. Herzen, ord. Arzt.

Es ist der sehnlichste Wunsch der Pat. mit Ösophagusstenosen, wieder die Möglichkeit zu haben, Speisen per os einnehmen zu können; und dieses ist so selbstverständlich; denn nur der Kau- und Schluckakt können die komplizierten Reflexe auslösen, welche die Magenverdauung leiten. Diesem so natürlichen Verlangen der Kranken sucht die Methode meines hochverehrten Lehrers Roux auf äußerst geistreiche Weise nahe zu kommen, und zwar durch Bildung eines neuen aus Darmrohr bestehenden subkutanen Ösophagus.

Roux löst von der Mesenterialwurzel des Dünndarmes ein langes oberes und kurzes unteres Segment ab. Zur Ernährung dieses langen, auf diese Art mobil gemachten Darmteiles dient nur die auf einem dünnen Stiel nachgebliebene Art. jejunalis und die sie begleitende Vene. Die Darmkontinuität wird durch einen Murphy'schen Knopf hergestellt, während der mobilisierte Teil nach oben und vorn vom Netz und Colon transversum verlegt, der lange Abschnitt durch einen unter die Haut bis zum Jugulum gemachten Tunnel geführt und dort die Darmöffnung in einem kleinen Hautschnitt vernäht wird. Das

kurze Segment des mobilisierten, nach oben verlegten Darmteiles wird in der Gegend der kleinen Magenkurvatur implantiert.

Roux machte diese Operation mit Erfolg an einem Kinde, welches an einer gutartigen Ösophagusstenose litt, und nimmt an, daß die zweite Phase dieser Operation, d. h. die Verbindung des Darmes mit der Speiseröhre, keine Schwierigkeiten machen wird. Ich (auch andere: Kocher, Lambotte, Gramse) versuchte die typische Roux-sche Operation an einem Krebskranken. Der Pat. (wie bei den anderen) ging 4 Tage nach der Operation an allgemeiner Schwäche zugrunde. Bei der Sektion erwies sich der mobilisierte Darmabschnitt nicht gangräneszìert, es waren sogar schon gewissermaßen Verwachsungen mit dem umgebenden Gewebe eingetreten; die Schleimhaut jedoch erwies sich geschwellt und mit Blut gefüllt; im Mesenterium geringe Blutaustritte, ferner noch ein wenig Blut in dem anliegenden Teile der Bauchhöhle. —

Ich hatte bei der Sektion den Eindruck, als ob diese Erscheinung nur in Abhängigkeit stehe vom behinderten Blutabfluß aus der Darmschlinge oder aber von einer Kompression der Vene im Stiel und schließlich noch von einer partiellen Drehung des Stieles um seine eigene Achse. —

Die Roux-Operation hat einige schwer zu vermeidende schwache Seiten:

1) die lange Dauer und Schwierigkeit der Operation;

2) die recht beträchtliche Länge des Schnittes der Mensenterialwurzel;

3) die ungenügende Blutzirkulation im mobilisiertem Darmabschnitt.

4) die Möglichkeit einer Achsendrehung des Stieles;

5) die Kompression des Querkolon.

Mir gelang es gewissermaßen, diesen Mängeln abzuhelfen:

1) Man kann die ganze Operation nicht in zwei, sondern in drei Phasen teilen, d. h. zuerst den Darm zum Halsteil zuführen — alsdann ihn in den Magen implantieren und schließlich ihn mit dem Ösophagus vereinigen. —

Auf diese Weise wird die Dauer der ersten Phase bedeutend verkürzt, die gerade dann ausgeführt werden muß, wo die Pat. am meisten geschwächt sind.

2) Man kann das lange obere Segment des mobilisierten Darmteiles durch die breite Öffnung im Mesokolon und Lig. gastrocolicum in die obere Hälfte der Bauchhöhle und von hier aus durch den subkutanen Tunnel bis zum Halse führen.

Diese letztere Variation erwies sich als eine äußerst wertvolle: der Schnitt der Mesenterialwurzel wurde bedeutend kürzer, ferner legte sich der Darm direkt auf den Magen, so daß zur nachfolgenden Implantation die Bildung eines unteren freien Segments, das nach oben gezogen werden muß, um den Magen zu erreichen, schon nicht mehr nötig war.

Der Schnittwinkel des Mesenterium wird mit einer Naht an den unteren Winkel der Öffnung des Mesokolon befestigt und der Darm

ebenfalls mit einer Naht an den oberen Winkel derselben Öffnung. Auf diese Weise wird auch die Drehung vermieden.

Ein weiterer Vorzug dieser Modifikation liegt in einer freieren Blutzirkulation im mobilisierten Darmteil. Wie schon oben erwähnt, dient nur eine Arterie und Vene, die im dünnen Stiele nachblieben, zur Ernährung des langen isolierten Darmteiles. Nach meiner Modifikation existiert eigentlich gar kein Stiel; unter dem unteren Schnittpunkt der Mesenterialwurzel bleiben Darm und Mesenterium völlig unversehrt; daraus ist es ersichtlich, daß nicht nur eine Art. jejunalis den isolierten Darm mit Blut versorgt, sondern auch alle übrigen mit Hilfe von breiten kollateralen arteriellen Bögen.

Auf diese Weise werden die fünf schwachen Punkte der ersten Phase der Roux'schen Methode zum Teil vermieden.

Der obere Abschnitt des aus dem Duodenum abgehenden Dünndarmes wird seitlich im Darm implantiert. Zum Schluß erhält man für die erste Hälfte der ersten Phase das, was ich Jejunostomia retrocolica antethoracica cervicalis Y-formis nannte. Wenn der Pat. sehr schwach ist, so kann man an dieser Stelle die Operation unterbrechen.

Nachdem der Pat. sich erholt, an Kraft zugenommen, wird in der zweiten Sitzung die zweite Hälfte der ersten Phase der Operation Roux ausgeführt, und zwar: nach Loslösung des Darmes von den Verwachsungen im Epigastrium geht man bis zum Magen. An der bequemsten Stelle, etwa 10 cm vom Rippenrande entfernt, wird der Darm quer bis zum Mesenterium durchschnitten; eine Verletzung des letzteren muß sorgfältigst vermieden werden; man kann sich stets davon überzeugen, daß in dem dem Magen vorliegenden Raum ein großes Plus an Darmschlingen sich befindet, und ist es daher am Platz, ca. 20 cm des Darmrohres zu resezieren, indem man es vom Mesenterium loslöst, das völlig unverletzt bleibt. Die Öffnung des unteren Darmabschnittes wird völlig vernäht, der obere Abschnitt implantiert sich leicht an die kleine Magenkurvatur. Der Vorzug dieser Technik besteht darin, daß bei voller Erhaltung sämtlicher Gefäße des subkutan gelegenen, jetzt zum Ösophagus werdenden Darmes seine Länge mehr verkürzt wird als bei der Roux'schen Operation, ferner seine Lage bedeutend gerader und die Funktion des dicken Querdarmes keineswegs gestört wird. —

Die letzte Phase der Roux'schen Operation, d. h. die Verbindung des Darmes mit der Speiseröhre, stellt nichts Besonderes vor, ich muß jedoch an dieser Stelle bemerken, daß eine primäre Verbindung der Darmschleimhaut mit der der Speiseröhre gewisse Schwierigkeit haben kann infolge des Unterschiedes des Zylinderepithels des einen und Plattenepithels des anderen.

Die Jejunostomia retrocolica antethoracica cervicalis Y-formis wurde von mir an einem sehr schwachen Krebskranken am 3. September 1907 ausgeführt. Er fühlte sich nach der Operation so gebessert, daß er von einer Fortsetzung derselben Abstand nahm und ins Dorf fuhr. Er fütterte sich teils per os, teils durch die Darmfistel. —

Die ganze Roux'sche Operation, nach der von mir modifizierten Methode, führte ich an einer 20jährigen Pat. aus, die an einer fast völligen Stenose des Ösophagus, 6 Monate nach einer Intoxikation mit H_2SO_4, litt. Die Operation zerfiel in drei Phasen.

Die erste Phase, 10. September 1907, verlief typisch in der oben beschriebenen Weise, wobei die Länge des Randes des Mesenterialschnittes 28 cm betrug und drei Art. jejunalis unterbunden werden mußten. — Die zweite Phase am 4. Oktober 1907. Es wurden ca. 20 cm Darmrohr im Epigastrium rezeziert. Der Magen erwies sich nicht groß und nach hinten gezogen — die Implantationsstelle etwa die Mitte der kleinen Kurvatur an der vorderen Magenwand. Nach dieser Operation begann die Pat. flüssige Speisen, gehacktes Fleisch und Brot durch die Darmfistel zu sich zu nehmen. — Die dritte und letzte Phase am 17. November 1907. Der Darm wird in einer Länge von 12—15 cm mobil gemacht und sein Rand schräg angefrischt. der Ösophagus wird isoliert, seine engste Stelle befindet sich etwa dem Jugulum entsprechend; eine sehr dünne Sonde passiert sie nur mit Mühe und stößt 15 cm niedriger auf ein Hindernis. — Der Ösophagus wird durchtrennt, sein unteres Ende fest vernäht, sein oberes Ende ein wenig seitlich und der Länge nach noch inzidiert und mit dem Darm vernäht. Eine schräge Verbindung der Speiseröhre mit dem Darm soll einen leichteren Übergang der Speise von ersterem zum zweiten bewerkstelligen. Am 8. Tage nach der Operation hatte sich eine Fistel der Speiseröhre gebildet. Deswegen wurde per os bis zum Brustteil des Darmes eine Verweilsonde eingeführt und gleichzeitig mit gesteigerter Ernährung durch die Sonde begonnen. Am 21. Tage nach der Operation schloß sich die Fistel, die Sonde wurde entfernt, und die Pat. schluckt jetzt normal. Jetzt sind 4 Wochen verflossen, seit die Pat. per os Brot, gehacktes Fleisch, Eier usw. zu sich nimmt. Die Darmperistaltik vollzieht sich subkutan vorzüglich bei Eintritt eines jeden neuen Bissen.

Die Pat. demonstrierte ich auf dem VII. russ. Chirurgenkongreß in Petersburg, und erfreut sie sich gegenwärtig einer guten Gesundheit.

III.

Zur plastischen Bildung eines neuen Ösophagus.

Von

Prof. Dr. Wullstein,

I. Assistent an der Kgl. chirurg. Universitätsklinik zu Halle a. S.

In einem am 21. Dezember 1907 (Nr. 51) in diesem Zentralblatt erschienenen Originalartikel teilt Bircher unter dem Titel »Ein Beitrag zur plastischen Bildung eines neuen Ösophagus« eine Methode der Bildung einer künstlichen Speiseröhre aus der Brusthaut mit, welche ich in der völlig gleichen Weise in der Deutschen med. Wochenschrift 1904 Nr. 20 als »antethorakale Ösophago-Jejunostomie« beschrieben habe[1].

Das von Bircher jetzt publizierte Verfahren unterscheidet sich nur dadurch von dem meinigen, daß er den oben mit dem Halsteil des Ösophagus verbundenen, antethorakalen Hautschlauch nach unten hin mit dem Magen in Verbindung bringt, während ich aus ganz bestimmten anatomischen Gründen, die ich in meiner vor nun fast 4 Jahren erschienenen Arbeit ausführlich dargelegt habe, den Magen absichtlich vermieden und den Hautschlauch mit dem Jejunum in

---

[1] Diese Arbeit ist im Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 32 von Borchard (Posen) referiert.

Kommunikation gebracht habe. Dieser Punkt ist aber absolut unwesentlich; das prinzipiell Neue des Verfahrens liegt darin, daß ein innerhalb des Rumpfes resp. intrathorakal gelegenes Organ einen plastischen Ersatz an der Körperoberfläche findet.

Und insofern können auch die Verfahren von Gluck und Roux, so angebracht und vorteilhaft sie auch in dem einen oder anderen Falle sein mögen, doch immerhin nur als Modifikationen meiner prinzipiell neuen Methode angesehen werden. Diesen Standpunkt erkennt auch Kocher an, der in der neuesten (fünften) Auflage seiner chirurgischen Operationslehre bei der Schilderung des Roux'schen Verfahrens schreibt: »Wir heben hervor, daß der Gedanke einer Ösophago-Jejunostomie schon von Wullstein geäußert worden ist. W. schlug auf Grund von experimentellen Beobachtungen vor, einen Darmabschnitt antethorakal zu lagern und ihn mit der am Halse herausgezogenen Speiseröhre plastisch zu vereinigen — zum Ersatz der intrathorakalen Speiseröhre bei Verschluß derselben«.

Die auf sehr exakten Erwägungen und anatomischen Beobachtungen beruhende Roux'sche Modifikation meiner Methode (Semaine médicale du 23 janvier 1907) hat allerdings den Vorteil, daß der die antethorakale Kommunikation herstellende Ersatzteil des Ösophagus durch ein mit Peristaltik ausgestattetes Organ gebildet wird. Dabei ist es nach den Erfahrungen Kocher's, welche er sogleich bei dem ersten nach den Roux'schen Angaben operierten Falle — älterer Mann mit Cardiakrebs — machte, sicher, daß man wahrscheinlich nur bei jugendlichen Individuen, jedenfalls nicht in jedem Falle, wie Roux meinte, »ohne Schädigung der Lebensfähigkeit des Darmes ein genügend langes Stück Jejunum (sans inconvénient pour la vitalité de l'intestin un segment jéjunal assez long)« bis auf »einen oder mehrere arterielle Hauptstämme als Stiel (comme pédicule un ou plusieurs piliers artériels)« isolieren kann, weil sonst, wie in dem Kocher'schen Fall und in zwei von Tuffier operierten Fällen, in dem so isolierten Darmabschnitt die Zirkulation erlischt und damit das Roux-sche Verfahren unmöglich wird. Sicher werden auch bei dem Roux'schen Verfahren die Chancen für eine genügende Ernährung des isolierten Jejunalstückes bessere sein, wenn Roux diesen über den Rippenbogen antethorakal nach oben gezogenen Darmteil nicht **vor** dem Querkolon entlang, sondern, wie ich das in der oben erwähnten Arbeit beschrieben habe, **hinter** dem Querkolon »durch eine Lücke des Mesocolon transversum und Lig. gastrocolicum durchführte« und so eine Kompression des Gefäßstieles durch das Querkolon vermiede.

Andererseits hat der ungefähr $^1/_2$ Jahr nach meiner Publikation operierte und wiederum $^1/_2$ Jahr später auf dem Chirurgenkongreß (1905) demonstrierte Fall von Gluck, bei dem er in einer nach meiner Ansicht allerdings nur für inoperable Karzinome des Ösophagus empfehlenswerten Vereinfachung meiner Methode den Halsteil des Ösopha-

gus mit der Magenfistel antethorakal durch einen nach oben zu trichterförmig endenden Gummischlauch verband, ergeben, daß dieser antethorakale, plastische Ersatzteil der Speiseröhre der Peristaltik keineswegs bedarf; — wenigstens hat das den Teilnehmern des damaligen Kongresses von Gluck demonstrierte Kind aufs beste gezeigt, wie schnell und ohne jede Stockung es auch ohne Peristaltik seinen großen Appetit selbst durch breiige Kost zu befriedigen imstande war.

IV.

Nachtrag zu meiner Mitteilung über Fascien- und Hautnaht in Nr. 2 ds. Blattes. Verwendung von Staffelschnittten.

Von

P. Sick.

Herr Prof. Girard in Genf hatte die Freundlichkeit mir zu schreiben, daß er bei Hernien eine Fascienverdoppelungsnaht seit 15 Jahren verwende (Korresp. f. Schweizer Ärzte 1894, 6; ref. dieses Zentralblatt 1894, p. 915; Handbuch von Bergmann-Bruns, 3. Aufl. III, p. 535) und sie vor Noble auch für andere Bauchoperationen bewährt fand (Girard, Sur la cure rad. de la hernie inguin. XIII. Congr. internat. d. sc. méd. Paris 1900). Der untere Rand der gespaltenen Obliquus externus-Fascie wird am Lig. inguinale, der obere Rand 3 bis 4 cm über das mediale Blatt heraufgezogen, mit Catgutknopfnähten darüber fixiert. Später verwendete Girard auch die fortlaufende Catgutnaht (vgl. 1900) mit bestem Erfolg und betont außer der Verdoppelung der Fascie die Vermeidung des Übereinanderliegens der Nahtetagen in der Wunde.

Letzteres wird — durch staffelförmige Durchschneidung der Bauchwandschichten (z. B. bei Medianschnitt Durchtrennung der Haut 2—6 cm von der Mittellinie, in dieser Spaltung die Linea alba) einfacher erreicht. Die Vorzüge solcher »Staffelschnitte« für glatteste Heilung, gelegentliche Drainage, kosmetische Rücksichten, bedürfen neben dem Hauptvorzug der Einfachheit kaum der Andeutung. Daneben werden bei Perityphlitis, bei manchen Probelaparotomien die bekannten Gitter- oder Bratrostschnitte (McBurney 1894) angewandt. Gerade bei Probelaparotomien kachektischer Leute sind sie von besonderem Wert, da sie sofortiges Aufstehen nach wenigen Tagen gestatten.

Die größere Einfachheit und Raschheit der Ausführung dürfte auch für die beschriebene Eine Fascienfaltnaht sprechen, besonders in Fällen, wo am Abdomen nicht so reichliches Fascienmaterial zur Verfügung steht und den dünnen freipräparierten Bindegewebsblättern besser nicht zwei Nähte in geringem Abstand voneinander zugemutet werden.

---

1) **A. v. Korányi** und **P. F. Richter.** Physikalische Chemie und Medizin. Ein Handbuch unter Mitwirkung zahlreicher bekannter Autoren. Bd. I.

Leipzig, Georg Thieme, 1907.

Das Buch ist in allererster Linie für die wissenschaftliche Medizin gedacht. Die »physikalisch-chemische Einleitung und Methodik« von Roloff (Halle) ist erschöpfend und so ausführlich, daß sie für jeden, der sich wissenschaftlich mit der Materie beschäftigt, unentbehrlich wird.

Es ist gerade jetzt, wo die physiologischen Phänomene vielleicht zu einseitig (?) durch biologische Überlegungen erklärt werden, besonders interessant, von so kompetenter Seite, wie von Loewy (Berlin) über »Respiration«, von Oker-Blom (Helsinfors) über »Blut«, von Höber (Zürich) über »Resorption, Lymphbildung und Sekretion«, von Boruttau (Berlin) über »Muskel- und Nervenphysiologie« und von Botazzi (Neapel) über »Regulation des osmotischen Druckes im tierischen Organismus« die physikalisch-chemische Auffassung vertreten zu sehen.

Durch die Darstellung der Materie von so anerkannten Autoren wird naturgemäß die Wichtigkeit der physikalisch-chemischen Methoden besonders eindringlich gemacht. Der Leser versteht es, daß besonders mit Rücksicht darauf, daß noch ein so großer Teil der Methodik bislang unbenutzt blieb für die Erforschung von medizinischen Problemen, die Vertreter der Richtung, wie es in dem Vorworte des Handbuches angedeutet wird, mehr auf eine größere Selbständigkeit ihres Wissenszweiges hinstreben. Auf diesem Wege ist das Handbuch jedenfalls der beste Anfang.

Für den praktischen Mediziner wird nach der Ankündigung der bald nachfolgende II. Band interessanter werden, da hierin gezeigt werden soll, wieviel besonders Pathologie und Therapie der physikalisch-chemischen Forschungsrichtung verdanken. **Helle** (Wiesbaden).

---

2) **de Quervain.** Spezielle chirurgische Diagnostik für Studierende und Ärzte. Preis M. 15.—.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1907.

Das Buch behandelt die chirurgische Diagnostik in dem Kleide persönlicher Erfahrung des Verf.s. Hierdurch gewinnt das ganze Buch vor allem an Lebendigkeit der Sprache und Art der Darstellung. Da die Chirurgie, einschließlich der Knochenbrüche usw., behandelt wird, wurde die konzentrierte Darstellung vielfach notwendig. Nach der Ansicht des Ref. wird das Buch aber gerade durch die geschickte, übersichtliche Zusammenfassung wertvoll für den praktizierenden Arzt, der es gelernt hat, sich für die Chirurgie, insbesondere auch für die strittigen Grenzgebiete zwischen innerer Medizin und Chirurgie zu interessieren.

Zur Einführung in die Chirurgie für den jungen Studenten hat die Art der Darstellung vielleicht gewisse Bedenken; das Buch dürfte wohl für den ersten Anfänger zuviel voraussetzen. Auffällig ist es, mit welcher Meisterschaft Verf. gleich zu Anfang die kardinalen Punkte in der Hirnchirurgie kurz, präzis und dabei vollkommen erschöpfend hervorhebt. Naturgemäß klingen ihm bei seiner erfreulichen, lebhaften persönlichen Darstellung viele Kapitel zum Ruhme seines Lehrers Kocher aus, ohne daß man hierdurch irgendwie den Eindruck bekäme, als würde die Materie einseitig dargestellt. Das Wichtigste ist, daß Verf. in der Tat eine Diagnostik nach eigener praktischer Erfahrung schreiben konnte. Die meisterhafte Beherrschung der weitläufigen Materie wird noch besser zum Ausdrucke gebracht durch zahlreiche beigegebene Abbildungen, die brillant reproduziert sind. Die Bilder sind nicht zu sehr schematisiert, und die rein schematischen Skizzen, wie z. B. bei der Appendicitis, illustrieren vorzüglich die betreffenden Krankheitsbilder.

Bei der ungewöhnlich guten Ausstattung und einem Umfange von über 600 Seiten ist der Preis von 15 Mark ein sehr geringer.

Heile (Wiesbaden).

---

3) **J. Schaefer.** Der Einfluß unserer therapeutischen Maßnahmen auf die Entzündung. Experimentelle Untersuchungen über: heiße Umschläge, Thermophor, Heißluftbehandlung, Eisblase, feuchte Verbände, Prießnitz'sche Umschläge, Spiritusverbände, Jodpinselung, Pflasterbehandlung und die Bier'sche Stauung. 237 S. mit 11 zum Teil farbigen Tafeln.

Stuttgart, Ferdinand Enke, 1907.

Verf. hat in der vorliegenden Arbeit versucht, experimentell die Einwirkung verschiedener alltäglicher Behandlungsmethoden auf die Entzündung klarzulegen und die Indikationen für ihre Anwendung festzustellen.

Als Versuchsobjekt dient das Kaninchen, in wenigen Fällen das Meerschweinchen und das Schwein. Als entzündungserregende Mittel werden sterile mit Höllensteinlösung von verschiedener Konzentration (1 : 10 bis 1 : 1000) oder mit virulenten Staphylokokken imprägnierte Catgut- resp. Seidenfäden benutzt. An genau symmetrischen Stellen werden derartig behandelte Fäden durch und unter die Haut gebracht. Die eine Seite wird therapeutisch beeinflußt, während die andere als Kontrolle dient. Nach gewünschter Zeit werden die Hautstücke exstirpiert und mikroskopisch untersucht. Die mikroskopischen Untersuchungen enthalten verschiedene interessante Details, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann; hervorgehoben werden muß aber das Ergebnis, daß dem Lymphgefäßsystem eine selbständige und hervorragende Rolle für die günstige Beeinflussung der Entzündung zuzukommen scheint.

Auf Grund derartig angestellter Versuche kommt S. zu folgenden, für die Praxis wichtigen Resultaten:

Die feuchte und die trockene Wärme sind in ihrer Wirkung ziemlich gleich. Je nach dem Stadium der Entzündung wird ein Infiltrat verringert, beseitigt oder ganz verhindert. Bei zu hohen Temperaturen (im Tierversuch über 41° bei feuchter und 46° bei trockener Temperatur) hört die günstige Wirkung auf. Ein schon bestehender Abszeß wird durch die starke Lymphbildung bei Anwendung der Wärme praller, sein Durchbruch daher begünstigt. Wo deshalb eine stärkere Füllung vermieden werden muß (z. B. Nähe des Peritoneums), ist die Wärmewirkung kontraindiziert. Die Wärmewirkung ist nachhaltig, noch 24 Stunden nach dem Aussetzen nachweisbar.

Im Gegensatze zur Wärmewirkung, die durch indirekte Veränderungen am Blut- und Lymphgefäßapparat zustande kommt, ist die günstige Beeinflussung der Entzündung durch die Eisblase auf direkte Gewebseinflüsse zurückzuführen (verlangsamte Zirkulation, Resorption, Beeinflussung der Aktivität der Leukocyten durch die Kälte). Zur Beseitigung schon entwickelter Infiltrate ist die Kältewirkung deshalb nicht geeignet. Die Wirkung der Kälte ist nicht nachhaltig. Sobald sie ausgesetzt wird, tritt eine um so stärkere entzündliche Reaktion ein. Die Untersuchungen ergaben ferner, daß die gewöhnliche Schweinsblase eine viel bessere Wirkung ausübt als die Gummiblase.

Der Einfluß der feuchten Verbände (bei Zimmertemperatur angelegt) ist vollkommen verschieden, je nachdem man sie unter impermeablen Abschluß stellt oder nicht. Unter einem frisch angelegten mit impermeablem Stoff versehenen feuchten Verband erfolgt anfangs eine geringe Steigerung der entzündlichen Erscheinungen, die bei längerem Liegenbleiben des Verbandes der Einwirkungen der feuchten Wärme weichen. Die zum Verband gewählte Flüssigkeit ist ohne wesentlichen Einfluß. Prinzipiell verschieden hiervon sind die nicht mit impermeablem Stoffe versehenen Verbände (Prießnitz'sche Verbände). Bei ihnen tritt sowohl im Beginn wie im weiteren Verlauf eine Verstärkung der entzündlichen Reaktion auf.

Fast vollkommen überein mit der Wärmewirkung stimmt die Wirkung der Spiritusverbände: günstige Beeinflussung der entzündlichen Vorgänge auf indirektem Wege und sehr gute Nachwirkung; jedoch sind auffällige individuelle Schwankungen zu verzeichnen. Am besten bewährt hat sich die Salzwedel'sche Vorschrift. Durch bestimmte Zusätze (Salizyl, Resorzin) kann die Wirkung erheblich erhöht werden.

Jodtinktur und die übrigen hautreizenden Mittel zeigen nur geringen therapeutischen Erfolg.

Die Ergebnisse der Stauungsbehandlung stimmen mit denen Bier's und seiner Schüler überein. Auch hier schreibt Verf. den Veränderungen am Lymphgefäßsystem eine große Bedeutung zu.

Altschüler (Straßburg i. E.).

---

4) **Mannel.** Zur Bakteriologie der akuten und chronischen Appendicitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 396.)

Dem Bedürfnis nach ätiologischer Aufklärung der verschiedenen Formen und des verschiedenen Verlaufes der akuten Appendicitis suchten mehrfache Untersuchungen vom bakteriologischen Standpunkt aus gerecht zu werden, allerdings mit sehr verschiedenen Resultaten. An der Hand von 37 akuten Appendicitisfällen nahm Verf. diese Frage wieder auf und stellt den bakteriologischen Befund in Parallele zum anatomischen und klinischen, womit er zu folgenden Resultaten gelangt:

Die akute Appendicitis befällt meist Individuen in den ersten drei Dezennien des Lebens.

Das Bakterium coli commune allein oder vergesellschaftet mit Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken usw. bildet das Hauptkontingent der Appendicitiserreger. Eine reine Streptokokkenappendicitis wurde nie beobachtet; deren Vorkommen scheint geographischen Schwankungen zu unterliegen. Weder der Verlauf der Erkrankung noch der anatomische Befund lassen einen Rückschluß auf die Qualität der Erreger zu. Das Bakterium coli allein kann schwere und leichte Krankheitsbilder erzeugen, und die Kombination mit Streptokokken bedingt keine nachweisbare Deviationen.

Der Keimgehalt oder die Sterilität eines peritonitischen Ergusses bei Appendicitis hing durchweg von der Integrität der Muscularis (inkl. Serosa) ab. Ist die Muscularis zerstört, so enthalten auch die serösen Frühexsudate die Bakterienflora der Appendix.

Der im freien Intervall entfernte und dem Normalzustande gewöhnlich am nächsten kommende Wurmfortsatz ist nie steril; er enthält hauptsächlich Bakterium coli commune, in der Mehrzahl der Fälle sogar in Reinkultur. Er zeichnet sich jedoch dann durch Sterilität aus, wenn längere Zeit vor der Abimpfung bereits verschließende Prozesse eingetreten waren.

Reich (Tübingen).

---

5) **J. v. Bókay.** Bradykardie im Verlaufe der Wurmfortsatzentzündung im Kindesalter.

(Orvosi Hetilap 1908. Nr. 2.)

Verf. erwähnt, daß die größeren Monographien über Appendicitis sich kurz oder gar nicht mit dem Verhalten des Pulses beschäftigen und berichtet über seine Wahrnehmungen von Bradykardie im Verlaufe der Appendicitis: Im Resorptionsstadium der periappendikulären Entzündungsprodukte kommt es meist zu einer Bradykardie, die tagelang, manchmal über 2 Wochen anhält. Auch nach Entleerung appendikulärer Abszesse ist sie erst tagelang zu beobachten, und nach sekundärer Appendektomie kann sie sich einstellen und längere Zeit anhalten. Der Puls schwankt bei Kindern zwischen 7—16 Jahren zwischen 52—80. Die Puls- und Temperaturkurve zeigt auch im bradykardi-

schen Stadium keinen Parallelismus, Hypopyrexie wurde nicht beobachtet. Die Bradykardie ist nicht als ungünstiges Zeichen aufzufassen, im Falle von periappendikulärer Exsudation kann sie ein Zeichen des Resorptionsvorganges sein. Nach diesen Beobachtungen mißt Verf. der Bradykardie bei der Appendicitis eine gewisse semiotische Bedeutung bei.

P. Steiner (Klausenburg).

---

6) **D. Kulenkampff.** Über die Behandlung der Appendicitis.

(Mitteilungen aus den Hamburger Staatskrankenanstalten Bd. VII. Hft. 5.)

Die therapeutischen Grundsätze der Lenhartz'schen Abteilung. Da die Resultate der Frühoperation die der exspektativen Behandlung übertreffen, so soll wo möglich vor 2 × 24 Stunden operiert werden, indes mit der Einschränkung, daß der Krankheitsprozeß noch auf den Wurmfortsatz beschränkt ist, daß peritonitische Erscheinungen fehlen und endlich sicher jeder Abszeß auszuschließen ist. Letzteren zu diagnostizieren macht L. weitesten Gebrauch von der Punktion. Er hält dieselbe für völlig ungefährlich, wenn sie unter aseptischen Kautelen ausgeführt wird. Es genügt hierbei nach Ansicht des Verf. in den meisten Fällen, die äußere Haut kurz vor der Punktion mit Watte und Äther gründlich aber vorsichtig zu reinigen. Ist der Eiter durch eine Punktion nachzuweisen, so wird sofort therapeutisch soviel wie möglich abgesaugt. Die therapeutische Wirkung besteht darin, daß in manchen — durchaus nicht allen — Fällen die Eiterung auch ohne Inzision zum Stillstande kommt. Vor allem sollen die Schmerzen, die Schwellung und Beschwerden schnell und sicher beseitigt werden. Lenhartz verwirft die prinzipielle operative Behandlung der allgemeinen Peritonitis, ist vielmehr für ein exspektatives Vorgehen.

Coste (Breslau).

---

7) **F. Cahen.** Zur Operation der Nabel- und Bauchbrüche.

(Archiv für Gynäkologie Bd. LXXXII.)

Die zahlreichen Mißerfolge der Bauchbrüche nach Condamin und Bruns mittels Exzision des Nabels und Schichtennaht der Bauchdecken schiebt C. einmal auf eine elastische Retraktion der Aponeurose und auf die Zerrung, die die quere Bauchmuskulatur an der Aponeurose bzw. der Linea alba und der Längsnarbe ausübt. Die Muskelplastiken hält er für unbrauchbar; sie haben nur Wert, wenn das abgelöste Muskelstück mit seinen Nerven in Verbindung bleibt und durch die Nähte nicht zu sehr in seiner Ernährung geschädigt wird. Die Methoden von Maydl, Pólya, Mayo u. a. eignen sich nicht für große Bauchbrüche oder haben sonstige Nachteile. Es geht aber aus den verschiedenen Vorschlägen hervor, daß die transversale Naht der Bauchaponeurose bessere Erfolge gibt als die longitudinale.

C. schlägt von einem queren Bogenschnitt aus den Nabel mit dem oberen Hautlappen in die Höhe. Nach Verschluß des Bauchfelles wird auf einer Seite die vordere Rectusscheide ausgiebig freigelegt und aus derselben ein rechteckiger Lappen geschnitten, dessen

Basis in der Höhe des unteren Randes der Bruchpforte liegt. Der Lappen wird von dem M. rectus abgelöst, umgeklappt und über die Bruchpforte geschlagen. Er muß so breit sein, daß sein oberer und unterer Rand die Bruchpforte überragt. Die freien Ränder des Lappens werden mit Knopfnähten an der Bauchaponeurose befestigt. Die Lücke in der Aponeurose läßt sich bei einer Lappenbreite von 2 bis 3 cm durch Nähte zusammenziehen. Die Hautwunde wird beim Querschnitt drainiert. Den Bruchsack hat C. bei Kindern in zwei Fällen nicht entfernt, sondern einfach versenkt.

Die Methode ist im wesentlichen von Heinrich schon angegeben. C. hat sie bei Nabelbrüchen fünfmal mit dauerndem Erfolg angewendet. Auch in einem Falle von Bauchdeckenfibrom, in dem der große Defekt durch zwei Aponeurosenlappen gedeckt wurde, war der Erfolg ein guter.

E. Moser (Zittau).

---

8) **Th. Hausmann.** Über das Tasten normaler Magenteile.

(Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. XIII. Hft. 3.)

Um Magenteile tasten zu können, sucht H. zunächst mit steiler Fingerhaltung die hintere Bauchwand zu erreichen, um auf dieser Unterlage den Magen oder die in Betracht kommenden Organe zu fixieren. Mit oberflächlicher Tastung kann der Pylorus nur bei schlaffen, mageren, eingezogenen Bauchdecken gefühlt werden, und zwar nur, wenn er sich kontrahiert und wandständig wird. Mittels tiefer Palpation ist der kontrahierte Pylorus aber auch bei Personen mit Fettbauch zu tasten, sofern nur dabei die Bauchdecken schlaff sind. Fehlt dickes Fettpolster, so brauchen die Bauchdecken dazu nicht einmal schlaff zu sein. Der schlaffe Pylorus wird selbst mit der Tiefenpalpation auch nur bei hochgradig schlaffen und mageren Bauchdecken der Tastung zugänglich. Meteorismus macht sie unmöglich.

Der kontrahierte und fühlbare Pylorus schwindet oft unter fühlbarem Gurren, worauf schon Obraszow und Cohnheim aufmerksam gemacht haben. Das Kontraktionsspiel des Pylorus ist nicht nur von dem Reiz eingeführter Ingesta (Wassertrinken) abhängig, sondern auch von allgemeinen nervösen und psychischen Einflüssen.

Zur Orientierung tut man gut, vor dem Pylorus erst das Colon transversum zu tasten, was nur bei stark gespannten Bauchdecken, bei Gasauftreibung und bei starkem Fettbauch unmöglich ist. Das Colon transversum unterscheidet sich vom Magen durch seine passive Verschieblichkeit, durch den fehlenden Konsistenzwechsel, durch die größere Länge des palpierten Zylinders und durch die Möglichkeit, diesen weiter nach rechts zu verfolgen. Dabei tut man gut, mit der Palpation des Blinddarmes zu beginnen und das Kolon von dort aus abzutasten.

Zum Aufsuchen des Pylorus tastet man, nötigenfalls nur mit zwei oder drei Fingern, den Raum zwischen Rippenrand und Wirbelsäule von oben her nach unten zu ab. Kontraktionstypus und Kontraktions-

dauer des Pylorus ist oft sehr verschieden. Das Kollern oder Spritzen, das am Ende der Kontraktion auftritt, ist nicht konstant. Meist fühlt man den Pylorus rechts von der Mittellinie, oft aber auch in der Mitte, bisweilen sogar links.

Ausgehend von der Pyloruspalpation hat H. gefunden, daß man häufig die große Curvatur fassen kann. Wenn man auf der vorderen Wirbelsäulenfläche mit der Tastung schrittweise von oben nach unten geht, so fühlt man den unteren Magenrand als eine fußwärts gerichtete Stufe beim Exspirium von unten nach oben an den Fingern vorüberstreichen. Die Leichtigkeit der Tastung hängt von der Dicke der Magenwand ab. Bei stärkerer Flüssigkeitsfüllung des Magens kann man den unteren Magenrand nicht als Stufe fühlen, man hat vielmehr nur das Gefühl einer Resistenz. Bei Ektasie infolge Pylorusstenose hat man den bekannten tastbaren ballonförmigen Magen.

Beim Fühlen der unteren Magenwand entsteht auch ein deutliches Gurrgeräusch, das H. als exspiratorisches Gurren bezeichnet. Dieses Geräusch fehlt nur selten, stellt sich nach Einnahme einer kleinen Flüssigkeitsmenge leichter ein. Wo die Palpation der großen Curvatur und das Erzeugen des exspiratorischen Gurrens gelingt, ist der Höhenstand der unteren Magengrenze im Liegen anatomisch genau angegeben. Die Aufblähung des Magens kann die untere Grenze tiefer anzeigen infolge Magendehnung. Der Unterschied zwischen diesen beiden Befunden kann als Ausdruck des tonischen Verhaltens der Magenwandungen angesehen werden.

Die Höhe der unteren Magengrenze nach dem Nabel anzugeben, kann zu Irrtümern führen, da der Nabel verschieden hoch, 2—10 cm über der Interspinallinie, liegen kann. Für die Höhenbestimmung der großen Curvatur muß außerdem die Atmungspause bestimmend sein.

Das Hartbleiben des Pylorus während einer einmaligen Untersuchung ist noch nichts Beweisendes für das Vorhandensein einer Geschwulst.

Zwischen dem getasteten Colon transversum und Pylorus kann man bisweilen auch noch die Pars horizontalis inferior duodeni tasten, aber — wie das Pankreas — mit Sicherheit nur dann, wenn man daneben das Colon transversum und die Pars pylorica fühlen kann. Die Tastung des normalen Pankreas ist sehr schwer, die des Colon transversum leicht.[1]

H. glaubt den normalen Pylorus in etwa 18% der Fälle mit der Tiefenpalpation tasten zu können und in 25% die normale große Curvatur. Die Möglichkeit der Palpation des Pylorus bedeutet keine manifeste Ptose, wenn auch eine gewisse Schlaffheit der Bänder dazu notwendig sein mag. E. Moser (Zittau).

---

9) **O. Kiliani.** The surgical treatment of ulcer of the stomach.

(New York med. record 1907. November 23.)

K. hält allein die Gastroenterostomie für die Operation der Wahl bei Magengeschwür. Der Circulus vitiosus des peptischen postoperativen Geschwüres konnte in seinen Fällen immer vermieden werden infolge der verbesserten Technik und der richtigen Nachbehandlung. Die Exzisionsmethoden behandeln nur das Geschwür für sich, wirken aber nicht direkt gegen Dilatation, motorische Insuffizienz und Spasmus, während die Anastomose sofort Stagnation und Fermentation durch richtige Abführung der Ingesta aus dem Magen aufhebt.

Loewenhardt (Breslau).

---

10) **Helferich.** Zur Prognose und technischen Ausführung der Gastroenterostomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 360.)

H. weist darauf hin, daß es für den Erfolg der Gastroenterostomie von Wichtigkeit ist, für ein möglichst baldiges Funktionieren der Magen-Darmfistel Sorge zu tragen. Der Operierte soll deshalb, bevor er ins Bett gebracht wird, aufgesetzt und sanft geschüttelt werden, um den an dem Operationsgebiete zusammengeschobenen Darmteilen wieder zur Entfaltung und normaler Lage zu verhelfen; dann lagere man den Operierten möglichst bald mit dem Oberleib etwas höher und gebe ihm baldmöglichst flüssige Nahrung.

Bei der technischen Ausführung der Operation nimmt H. eine leichte Darmverengerung am zuführenden Darmende vor durch Darmfaltungsnähte, während der abführende Darmschenkel unter möglichst großem Winkel von der Magenöffnung wegführt. (Detaillierte Beschreibung in der Arbeit von Paul Graf: »Ein Beitrag zur Chirurgie der gutartigen Magenerkrankungen«.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

11) **Marek.** Über die Folgen des Verschlusses der Gekrösarterien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 174.)

Verf., Professor an der medizinischen Klinik der tierärztlichen Hochschule in Budapest, hat früher behufs pathogenetischer Aufklärung über die bei Pferden häufig vorkommende Thrombose der vorderen (beim Menschen oberen) Mesenterialarterie zahlreiche Tierexperimente über die Zirkulationsstörungen im Gekrösgebiet angestellt. Nach Erscheinen der den gleichen Gegenstand betreffenden Arbeit von Niederstein (vgl. d. Bl. 1907 p. 395), in der der Autor andere Resultate erhielt als M., hat letzterer neuerdings, z. T. auch die von Niederstein benutzte Experimentiertechnik verwendend, eine Serie von Versuchen zur Sache angestellt, über deren Ergebnisse er Bericht erstattet.

Betreffs aller Einzelheiten auf das Original verweisend, geben wir hier nur die wichtigsten Schlußergebnisse der Arbeit. M. erklärt die von Niederstein aufgestellten vier verschiedenen Typen mesenterialer Zirkulationsstörungen weder vom pathogenetischen noch vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus für begründet; vielmehr reicht die Einreihung derselben unter den Begriff des hämorrhagischen Infarktes einerseits und der anämischen Gangrän andererseits, wie sie von Sprengel ursprünglich vorgeschlagen wurde, aus. »Die vollständige Absperrung des arteriellen Zuflusses zu irgendeinem Gebiete verursacht anämische Gangrän, die Verlegung von Arterien bzw. Venen gesondert oder gleichzeitig bei ungenügendem Kollateralkreislauf dahingegen hämorrhagischen Infarkt. Das Bild des letzteren gestaltet sich dann verschieden je nach dem Verhältnis zwischen dem Gesamtquerschnitt der jeweilig vorhandenen Anastomosen und der Ausdehnung des Ausschaltungsgebietes oder mit anderen Worten, je nach dem Grade der Stromverlangsamung und der Höhe des intrakapillaren Druckes.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

Zur Frage der Bedeutung des „Rovsing'schen Symptoms".

Von

Oberarzt Dr. Carl Lauenstein,

Hamburg.

Rovsing hat an etwa 200 Fällen von Appendicitis regelmäßig beobachtet, daß er durch einen rasch, kurz und stoßweise in der Gegend der Flexur ausgeübten Druck seiner Hand einen Schmerz in der Coecalgegend auslösen konnte. Es schien sich hier um eine eben so einfache wie sinnreiche Ergänzung unserer bisherigen Hilfsmittel der Appendicitisdiagnose zu handeln, die gewiß von allen denen, die sich mit dieser ebenso wichtigen wie tückischen Krankheit zu beschäftigen haben, nicht nur mit Freuden begrüßt, sondern wohl auch trotz der Kürze der Zeit schon vielfach bestätigt worden ist. Es scheint jedoch nach der folgenden Mitteilung, daß dies Rovsing'schen Erkennungszeichen keineswegs für Appendicitis eindeutig ist.

Vor kurzem wurde der 50jährige Arbeiter C. F. nachmittags in das Hospital aufgenommen, nachdem er 2 Tage zuvor abends um 10 Uhr plötzlich mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite des Leibes und Erbrechen erkrankt war. Bis auf eine Typhuserkrankung vor 25 Jahren und einen 3 Wochen dauernden »Hexenschuß« der rechten Seite vor 5—6 Jahren war er stets gesund gewesen. Er klagte über heftige Schmerzen in der rechten Seite des Leibes, die höher saßen als die Blinddarmgegend. Kein Ikterus. Temp. 39, Puls 120, Atmung 24, Zunge dick grau belegt. Leib etwas meteoristisch aufgetrieben, bei der Atmung stillstehend. In der Ileocoecalgegend weder Resistenz noch Dämpfung, aber unter der nicht wesentlich vergrößerten Leberdämpfung, von der Gallenblasengegend nach der rechten Weiche zu, eine etwa handbreite Dämpfung. Hier starke Druckempfindlichkeit, jedenfalls stärker als in der Blinddarmgegend, wo, wie in einer handbreiten Zone um die Gallenblasengegend herum, ein mäßiger Druck auch nicht ganz unempfindlich war. Übte man nach der Rovsing'schen Anweisung einen kurzen,

raschen Druck auf die linke Unterbauchgegend, so gab der Kranke jedesmal prompt einen Schmerz unter der Leber an, an der Stelle, die der größten Druckempfindlichkeit entsprach. Auch der aufnehmende Assistent hatte schon von dem positiven Ausfall des Rovsing'schen Symptoms berichtet. Ohne Kenntnis des Rovsing'schen Symptoms würde ich nun zunächst und wohl ausschließlich an eine akute Cholecystitis gedacht haben. So aber dachten wir auch an eine Appendicitis bei aufwärts geschlagenem Wurmfortsatz mit Perforation an der Spitze. Ich legte aber der Sicherheit wegen den Schnitt so, daß man auch die Gallenblase gut erreichen konnte, nämlich in der Längsrichtung durch die Mitte des rechten Rectus abdominis. Im Leibe etwas Serum, die Därme mäßig aufgetrieben. Das große Netz unter der Leber zusammengeballt und die prallgefüllte, intensiv gerötete, mit Fibrin beschlagene vergrößerte Gallenblase deckend. Nach stumpfer Ablösung des Netzes wurden aus der Gallenblase durch Heberpunktion etwa 100 ccm eines penetrant jauchigen braunen Eiters entleert. Sonst enthielt die Gallenblase noch etwa 30 Steine, linsen- bis bohnengroß, glatt, teils platt, teils rund und von dunkelbrauner Farbe. Einnähung der Gallenblase in den oberen Winkel des Peritoneums unter Schluß der übrigen Wunde.

Das Rovsing'sche Symptom war in diesem Falle verbunden mit einer entzündlichen Affektion in der Gallenblasengegend. Daß es so prompt zustande kam, ist nach dem Befunde leicht erklärlich. Die entzündete Gallenblase ragte etwa zwei Finger breit über den scharfen Leberrand nach abwärts, so daß sie mit ihrer Kuppe dem Querkolon dicht aufliegen mußte. Außerdem stand sie durch das aufwärts geschlagene und entzündlich mit ihr verklebte große Netz mit dem Querkolon in der allerinnigsten Berührung. Kein Wunder, daß hier das Rovsing'sche Symptom an der Gallenblase ausgelöst wurde. Es ist mir in hohem Grade wahrscheinlich, daß dies Symptom, dessen Bedeutung ich nicht im geringsten unterschätzen möchte, gelegentlich bei irgendeinem anderen entzündlichen Vorgange beobachtet werden wird, falls dieser nur in unmittelbarer Nachbarschaft des Kolon liegt. Die Bedeutung des Symptoms liegt meiner Ansicht nach darin, daß es uns die Möglichkeit gibt, das Vorhandensein und den Sitz einer dem Kolon dicht anliegenden entzündlichen umschriebenen Erkrankung zu erkennen. In dieser Richtung wird man es weiter zu prüfen haben und voraussichtlich unter die wertvollen diagnostischen Hilfsmittel begrenzter entzündlicher Abdominalerkrankungen im allgemeinen einreihen dürfen. Verständlich ist, daß Rovsing es so oft bei Appendicitis gefunden hat. Aber ein pathognomonisches Zeichen für die Appendicitis ist es nicht.

Januar 1908.

---

12) H. Hamann. Ein Fall von Ruptur des Duodenum durch Hufschlag.

Inaug.-Diss., Kiel, 1907.

Ein 9jähriger Junge wurde von einem Pferd vor den Bauch geschlagen in die Gegend des Nabels, kurz nachdem er Nahrung zu sich genommen hatte. Er soll längere Zeit bewußtlos gewesen sein und erbrach nachher eine mäßige Menge Mageninhalt, anfangs ohne, später mit etwas Blutbeimengung. Der Leib war $2^1/_2$ Stunden später stark gespannt und druckempfindlich, rechts mehr als links.

Bei der Laparotomie bot sich als Befund zunächst nur eine mäßige Sugillation des Mesocolon transv. und ascend. in der Nähe des Leberwinkels. Beim Anheben des Mesocolon ascend. entstand plötzlich ein Emphysem des Mesocolon transv. etwas rechts von der Wirbelsäule, das sich langsam unter der Serosa des Mesocolon und Colon ascendens ausbreitete. Nach stumpfer Durchtrennung des Mesokolon fand sich ein etwa markstückgroßes Loch mit hervorquellender Schleimhaut in dem absteigenden Teil des Duodenum. Die Wunde wurde parallel der Längsachse des vertikalen Teiles zweireihig vernäht, dann der Mesokolonschlitz mit den Peritonealrändern der Laparotomiewunde beiderseits vereinigt, so daß zur Nahtstelle im Duodenum ein Kanal gebildet wurde, der von der freien Bauchhöhle abgeschlossen war. Der Kanal wurde tamponiert, die Wunde im übrigen vernäht.

Eine sich einstellende Gallenfistel schloß sich bald wieder, so daß der Kranke nach 4 Wochen entlassen werden konnte.

Dem Erbrechen in den ersten Stunden kommt ein diagnostischer Wert für Darmperforation zu, besonders wenn es galligen Charakter annimmt.

E. Moser (Zittau).

13) **C. H. Peck.** Perforated gastric and duodenal ulcer; a report of eight cases.

(New York med. record 1907. Dezember 7.)

Von den 8 Pat. mit perforierenden Magen- und Duodenalgeschwüren, welche P. operierte, genasen 5, bei denen die akuten Perforationssymptome 4, 6, 8, 13 und 29 Stunden bestanden. Gastroenterostomie wurde in keinem Falle ausgeführt, sondern stets einfacher Nahtverschluß ohne Anfrischungs- oder Exzisionsversuche. Es starb ein 3 Tage nach der Perforation und ein 53 Stunden später operierter Pat., während ein bereits durch Verklebungen geschütztes Geschwür ebenso wie das einzige Duodenalgeschwür mit Erfolg operiert wurden. Im ganzen handelte es sich also um 7 Magen- und 1 Duodenalgeschwür. **Loewenhardt** (Breslau).

14) **H. Moffat.** A case of typhoid perforation of the appendix; operation and recovery.

(New York med. record 1907. Juli 13.)

M. operierte mit Erfolg einen Fall von perforierender Appendicitis infolge typhöser Erkrankung.

Es ist einigermaßen schwierig, den Typhus an sich von der Appendicitis zu unterscheiden, da Schmerzen, Empfindlichkeit und Spannung des Leibes bei beiden vorhanden sind. »Wenn aber muskuläre Rigidität hinzukommt mit gleichzeitigem Erbrechen und plötzlichem Fieberanstieg, ist Appendicitis anzunehmen.« Eine sorgfältige Blutzählung sei wertvoller als die Widal'sche Probe, die erst am 10. Tage nach der Erkrankung gewöhnlich positiv ausfallen soll. Dagegen sei die Leukocytenzahl bei Typhus immer gering.

Operation sei bei Typhusappendicitis nicht notwendig, außer wenn Perforation eintritt. **Loewenhardt** (Breslau).

15) **R. Kothe.** Zur Behandlung der diffusen fortschreitenden Peritonitis mittels permanenter rektaler Kochsalzinfusionen.

(Therapie der Gegenwart 1907. Nr. 10.)

K. berichtet über eine Reihe von Fällen der Sonnenburg'schen Abteilung in Moabit, bei denen eine bestehende progrediente Peritonitis durch rektale Kochsalzinfusionen sehr günstig beeinflußt worden ist. Unter 12 Fällen von Peritonitis bei Appendicitis gelang es 9 zu heilen. Verf. sieht in den rektalen Kochsalzinfusionen ein äußerst wertvolles Mittel zur Behandlung der Peritonitis und zur Verhütung derselben in Fällen, wo die Gefahr der Entstehung — besonders nach langdauernden, nicht streng aseptisch durchführbaren Laparotomien — nahe liegt.

Die in Anwendung gebrachte Technik ist genau die Katzenstein'sche Methode.

Silberberg (Breslau).

16) **Fittig.** Die Bedeutung der Enterolithen des Processus vermiformis im Röntgenogramm.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

F. zeigt uns das Bild eines Steines im Wurmfortsatz, der verhältnismäßig deutlich zu sehen war. Er glaubt, daß die Röntgenographie in der Diagnostik der Perityphlitis kein Feld gewinnen wird, weil wirkliche anorganische Konkretionen sehr selten vorkommen und dann häufig mit dem Schatten des Darmbeines zusammenfallen. Dagegen besitzen diese Enterolithen eine gewisse differentialdiagnostische Bedeutung gegenüber den Harnleitersteinen.

Gaugele (Zwickau).

17) D. Sheitlis. Streptococcemia accompanying appendicitis.
(New York med. record 1907. November 2.)

S. berichtet einen Fall von direkter Infektion der Blutbahn durch eine Streptokokkenappendicitis. Eine Kontinuitätstrennung in der Schleimhaut des Wurms läßt die normal in der Lichtung anwesenden Streptokokken in Lymph- und Blutgefäße eintreten; wenn die Funktion der Leber als Gegenwirkung nicht genügt, gehen die Bakterien in den allgemeinen Kreislauf über. In den Blutkulturen fand sich auch der Staphylokokkus albus. Der kurz vor dem Tode aus einem Bläschen am Vorderarm entnommene Eiter enthielt Streptokokkenreinkultur.

Loewenhardt (Breslau).

18) H. Mohr. Über Brucheinklemmung des Wurmfortsatzes.
(Medizinische Woche 1907. Nr. 31 u. 32.)

Es handelt sich um einen der seltenen Fälle einer primären, isolierten Einklemmung des Wurmfortsatzes.

60jährige Frau, die vor 9 Jahren zum erstenmal eine haselnußgroße, bisweilen wieder verschwindende Anschwellung in der rechten Leistengegend bemerkt hatte, bekam plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib oberhalb der Leistengegend. Die Anschwellung wurde in den nächsten Tagen größer. Nach 5 Tagen war die sehr empfindliche Geschwulst hühnereigroß. Der pralle Bruchsack war nirgends verwachsen. Nach Spaltung der ödematösen Sackwandung floß trübes Serum ab, und es fand sich im sonst leeren Bruchsack das periphere Ende des eingeklemmten Wurmfortsatzes samt einem Teil seines Mesenteriolum. Nach Erweiterung des äußeren Schenkelringes durch Einreißen des Lig. Gimbernati konnte der Wurm vorgezogen werden, der, etwa 6 cm lang, $2^1/_2$ cm proximalwärts von der Spitze eine Schnürfurche zeigte, die auch am Mesenteriolum zu erkennen war. Das distale Ende war verdickt. Der proximale Teil von Wurm und Blinddarm war völlig normal. Es wurde noch ein darunter befindlicher Leistenbruch entfernt. Die Heilung verlief glatt.

Am aufgeschnittenen Wurm war entsprechend der Schnürfurche ein scharf begrenztes Geschwür zu sehen.

Neben angeborenen und erworbenen Anomalien weist der Umstand, daß die meisten Fälle von Wurmeinklemmung bei Erwachsenen ältere Frauen mit Schenkelhernien betreffen, auf eine gewisse Prädisposition des Alters hin, die durch Ausdehnung des Dick- und Tiefertreten des Blinddarmes gegeben ist. Erinnernd an Kölliker's Fall, in dem bei Streckung des Beines heftige Schmerzen in der Unterbauchgegend auftraten, gab auch in M.'s Fall die Kranke an, sie habe die größten Schmerzen gehabt, wenn sie nach längerem Stehen in vornübergebeugter Stellung aufgestanden und umhergegangen sei. Im übrigen waren die Allgemeinerscheinungen in diesem Falle keine stürmischen, dementsprechend lag auch kein schwerer Grad von Einklemmung vor. Der Fall spricht somit auch gegen die Behauptung Rose's, daß die Einklemmungen des Wurmfortsatzes besonders schwere seien.

E. Moser (Zittau).

19) Dege. Die Hernia cruralis pectinea sive Cloquetii.
(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 44.)

Die noch spärliche Kasuistik der Cloquet'schen Hernien wird unter Wiedergabe der bisher beobachteten Fälle durch einen in der Abteilung von F. Krause operierten Fall bereichert. Die Hernia cruralis pectinea breitet sich nach dem Durchtritte durch den engen inneren Schenkelring nicht in dem ihr gerade gegenüber liegenden, lockeren Zellgewebe aus, sondern wendet sich direkt nach hinten, durchbricht die Fascia pectinea und gräbt sich in der tiefen Muskulatur ein Bett. Sie ist unzweifelhaft eine Abart des Schenkelbruches. Der Bruchsack liegt ganz medial, unmittelbar am Gimbernat'schen Bande, ruht hinten direkt auf dem horizontalen Schambeinaste. Der Durchbruch durch die Fascie erfolgt dicht unterhalb des horizontalen Schambeinastes, und zwar durch präexistierende Spalten oder

Lücken in der Fascia pectinea, wahrscheinlich vergrößerte Gefäßlücken. Daher muß der Cloquet'sche Bruch von den Schenkelgefäßen stets durch die Fascia pectinea getrennt sein, meist liegen jedoch außerdem dünnere oder dickere Muskelschichten zwischen Vene und Bruchsack. Immer liegt der Bruch in einer tieferen Gewebsschicht als die Schenkelgefäße, er kann daher bei lateraler Ausdehnung auch hinter die Gefäße gelangen. Diese Hernienart wurde bisher nur bei Frauen beobachtet, zweimal doppelseitig, viermal rechts, einmal links, siebenmal findet sich keine Angabe. Von neun operierten Kranken wurden nur zwei geheilt, die übrigen kamen wegen falscher Diagnose zu spät in die chirurgische Behandlung. Die Kleinheit des Bruches und die versteckte Lage erschweren die Diagnose sehr, sorgfältigste Untersuchung in verschiedenen Lagen ist daher notwendig. Eine Verwechslung mit einer Hernia obturatoria ist leicht möglich.

Langemak (Erfurt).

20) **P. H. Hosch.** Das primäre Magensarkom mit cystischen Lebermetastasen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 98.)

Die aus der pathologisch-anatomischen Anstalt der Universität Basel hervorgegangene Arbeit liefert genauen anatomischen und histologischen Bericht über Sektion eines an Magensarkom mit cystischen Lebermetastasen gestorbenen 55jährigen Pat., dessen Krankengeschichte vom Bürgerspital in Basel beigebracht ist. Der Krankheitsverlauf war sehr chronisch: seit 3 Jahren Abnahme der Gesundheit, seit $1^1/_2$ Jahren starke Gewichtsabnahme, die letzten 8 Monate Bettlägerigkeit im Spital. Klinisch war Magenkarzinom angenommen, und auch der makroskopische Sektionsbefund, sattelförmige, exulzerierte Geschwulst der kleinen Kurvatur, Lebermetastasen mit Bildung großer Cysten, sprach für diese Diagnose. Erst die mikroskopische Untersuchung stellte ein großzelliges Spindelzellensarkom mit reichlichem Bindegewebsstroma, wahrscheinlich ausgegangen von der Magenmuscularis, fest. Dabei hebt H. im allgemeinen die Schwierigkeit, karzinomatöse und sarkomatöse Geschwulst ohne mikroskopische Untersuchung auseinander zu halten, hervor und äußert die Vermutung, daß bei regelmäßiger Anwendung dieser die Häufigkeit von Magensarkomen sich wahrscheinlich als größer herausstellen wird, als sie bislang angenommen ist. Die bisher bekannt gemachten Fälle von Magensarkom hat H. gesammelt, ihre Zahl beträgt, sechs im pathologischen Institut von Basel beobachtete hinzugerechnet, 85. Von diesen besitzen nur neun, also ca. $^1/_{10}$ der Fälle, Lebermetastasen, während Metastasenbildung überhaupt in 39 Fällen notiert ist.

Die klinische Differentialdiagnose zwischen Magenkrebs und Sarkom ist schwierig — möglich, daß gelegentlich die mikroskopische Betrachtung erbrochener Geschwulsttrümmer auf die richtige Spur leiten könnte. Chirurgisch kommt für das Magensarkom dieselbe Therapie in Frage wie für das Karzinom.

Beigaben zur Arbeit sind drei makro- und mikroskopische Abbildungen, welche die Tumoren darstellen und ein 118 Arbeiten aufzählendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) **P. Graf.** Ein Beitrag zur Chirurgie der gutartigen Magenerkrankungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 365.)

G. hat das einschlägige Material von Helferich's Klinik in Kiel aus den Jahren 1899—1905, im ganzen 96 Fälle, bearbeitet. Darunter befinden sich 9 perforierte Magengeschwüre, nach deren Abzug also 86 Fälle mit 8% operativer Mortalität. Über das spätere Geschick der Überlebenden (78 Pat., dazu 3 geheilte Perforationsfälle) konnte, 2 Kranke ausgenommen, hinreichend Nachricht eingezogen werden, 57 konnten zudem in der Klinik selbst nachuntersucht werden, so daß die Endresultate genügend klargelegt sind. Dieselben sind je nach der Natur der die Operation bedingenden Krankheitszustände sehr variabel, insbesondere ergaben sich bei der am häufigsten zur Behandlung kommenden Affektion,

dem Magengeschwür, erhebliche Unterschiede, je nachdem es sich um eine pylorische stenosierende Geschwürsnarbe handelt, oder um noch bestehendes Pylorusgeschwür, oder um Geschwür des Magenkörpers. G. hat die verschiedenen Resultatsgüten mit den Zensurzahlen I, II, III, IV gekennzeichnet, wobei auf I die Pat. gerechnet sind, die dauernd arbeitsfähig, im allgemeinen beschwerdefrei, ohne Diät leben, auf II die, die den Anforderungen des Lebens genügen, aber leichtere Beschwerden zurückbehalten haben, auf III die, welche nur bei Diät und Schonung ein erträgliches Dasein führen, auf IV die, die annähernd die alten Beschwerden haben. I und II können deshalb als gute, III und IV als schlechte Erfolge gezählt werden. Da die häufigst behandelte Magenkrankheit, wie bemerkt, das Geschwür, die am häufigsten ausgeführte Operation aber die Gastroenterostomie war, ist eine Übersicht über die wichtigsten Resultate am einfachsten durch teilweise Reproduktion der beiden hierauf bezüglichen, von G. gelieferten Tabellen zu geben.

A. Geschwürstabelle.

	Methode	Erfolge I	Erfolge II	Mißerfolge: Operative Mortalität	Mißerfolge: Spätmortalität am Geschwür	Mißerfolge: III	Mißerfolge: IV	Zusammenfassung der Resultate
Narbige Pylorusstenose nach Ulcus 19	Gastroenterostomie 18	7	6	—	—	1	3	14 gute 4 schlechte = 22% d. Leb. 0 Mortalität.
	Pyloroplastik 1	—	1	—	—	—	—	
Ulcus pylori 21	Gastroenterostomie 17	8	4	1 (Chloroformtod)	—	1	3	14 gute 5 schlechte = 26% d. Leb. 2 † p. op.
	Resektion 3	1	1	1 (Kollaps)	—	—	—	
	Jejunostomie 1	—	—	—	—	—	1	
Ulcus des Magenkörpers 21	Gastroenterostomie 14	6	—	1 (Pneumonie)	2 (Perforat. Kachexie)	1	1	9 gute 5 schlechte = 35% d. Leb. 3 unsichere 4 † p. op.
	Jejunostomie 4	1	—	3 (Blutung bz. Perforation)	—	—	—	
	Gastroanastomose 2	1	—	—	—	1	—	
	Pexis 1	—	1	—	—	—	—	
Sa.: 61	61	24	13	6 †	2	4	8	

Hiernach verhält sich also die operative Mortalität bei Narbe (Pylorusstenose), Ulcus pylori, Ulcus corporis wie 0 : 2 : 4. Entsprechend sind die Endresultate: bei Pylorusstenose 22% Mißerfolge, bei Ulcus pylori 26%, bei Ulcus corporis 35%.

Betreffs B., der Gastroenterostomietabelle seien folgende Daten wiedergegeben:

Gesamtzahl der Operationen: 67,
Erfolge: 41 { 27mal Resultat »I«, 14mal Resultat »II«,
Mißerfolge: 20, und zwar
- operative Todesfälle: 3,
- spätere Todesfälle: 2,
- Resultat »III«: 6,
- Resultat »IV«: 9.

Außer den Pylorusstenosen (23 Fälle) und den Geschwürsfällen wurden der Operation auch 9 Gastroptosen unterzogen (7 gute Erfolge), sowie 2 neuropathische Magenaffektionen (Hysterie und Tabes), beide ohne Erfolg. Als typische physiologische Folgen der Gastroenterostomie bezeichnet G. auf Grund seiner Nachuntersuchungen: 1) Besserung der motorischen Funktion in der Regel bis zur Norm, selten darüber, 2) Herabsetzung der Azidität des Magensaftes, 3) Rückgang der

Ektasie in gewissen Grenzen, nur in einer Minderzahl bis zur normalen Größe, was für das Befinden und die motorische Funktion nicht nachteilig ist. »Die Jejunostomie ist wegen ihrer Unzuverlässigkeit hauptsächlich bei Blutungen möglichst einzuschränken.« »Für Ptose und Atonie ist der Gastroenterostomie der Vorzug zu geben vor der Pexis (Ventrofixatio) und Plicatio allein.«

Im übrigen wurde in der Kieler Klinik eine nachträgliche Verengung der Magen-Darmkommunikation beobachtet, 3mal infolge narbiger Retraktion, 1mal infolge einer als Unikum dastehenden Karzinombildung der Kommunikationsstelle. Die 4 Fälle werden näher berichtet. Als kasuistisch besonders interessant sind ferner hervorzuheben 12 Fälle entzündlicher Geschwulstbildung bei ulzerös-narbiger Pylorusstenose und 9 Fälle akuter Geschwürsperforation. Die ersteren zeichneten sich durch sehr chronischen Verlauf aus (8 Kranke litten bereits mehr als 10 Jahre), gaben aber recht gute Erfolge; denn von 8 bei ihnen gemachten Gastroenterostomien resultierten 6 sehr gute und 2 gute Dauererfolge (4 Geschwülste wurden reseziert). Von den Perforationsfällen gelang es 3 operativ zu retten. 2 Pat. der Klinik bekamen nach einer Magenoperation (Gastroenterostomie bzw. Jejunostomie) eine Perforation und starben beide ohne zweite Operation.

Die bevorzugte Operationsmethode für die Gastroenterostomie war die Retrocolica posterior nach v. Hacker, und wurde bald Naht, bald Knopf, in letzter Zeit aber nur noch die Naht dabei verwendet. Zur Sicherung vor Circulus vitiosus wendet Helferich eine Verengung des zuführenden Darmschenkels und eine Verziehung des Darmes nach links an. Das Verfahren wird unter Beifügung einer erläuternden Figur genau beschrieben.

Zum Schluß der Arbeit stehen die gesamten Krankengeschichten und ein 204 Nummern enthaltendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

22) **Jollasse.** Beitrag zur Röntgendiagnose des Sanduhrmagens.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Verf. konnte an drei Pat. das Bestehen eines Sanduhrmagens, sowohl durch den Wismutschatten als mit der Sonde im Röntgenbilde nachweisen. In einem vierten Falle aber ließ das Röntgenbild scheinbar einen Sanduhrmagen erkennen, während die Autopsie einen gesunden Magen ergab. Pat. litt an Leberschwellung und Karzinom des Duodenum. Die Einschnürung der Magenwand war offenbar bedingt durch spastische Kontraktionen der Muskulatur. **Gaugele** (Zwickau).

23) **G. Costa** (Vizzini). Occlusioni intestinali da causa interna ed ernie esterne.

(Clinica chirurgica 1907. Nr. 7.)

Innere Einklemmungen in Verbindung mit Hernien können zu unausweichlichen diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten führen. Zumeist stehen sie mit pathologischen Zuständen in der Hernie in einem kausalen Zusammenhang.

C. bringt mehrere einschlägige Fälle zur Kenntnis:

1) 52jähriger Bauer, linksseitige, stets freie Hernie; Inkarzeration seit 18 Stunden. Keinerlei auffällige äußere Erscheinungen; nur bei der Herniotomie besonders viel Bruchwasser und Peritonealflüssigkeit, die zur genaueren Untersuchung der benachbarten Darmschlingen aufforderten und die Konstatierung eines Volvulus der Flexur ermöglichten. Heilung nach 16 Tagen, Wohlbefinden nach 3 Jahren.

2) 32jähriger Bauer, rechtsseitiger Leistenbruch. Häufige paroxysmale Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend unter jedesmaliger Bildung einer apfelgroßen, umschriebenen Geschwulst daselbst, die auf Massage allmählich zurückging. Während eines foudroyanten Anfalles Operation: Ein strangförmig geschrumpfter Netzzipfel, mit dem freien Ende im Leistenbruche verwachsen, hatte eine Ileumschlinge gedreht und stranguliert; Resektion der gangränösen Schlinge, Heilung.

3) 27jähriger Mann. Innere Einklemmung durch doppelte Strangulation des Ileum infolge eines angeborenen, omphalomesaraischen Stranges vom rechten

Nabelrande zum Mesenterium der betreffenden Schlinge. Gleichzeitig besteht ein rechtsseitiger Leistenbruch, der einen verwachsenen Netzzipfel enthält; er scheint nicht inkarzeriert gewesen zu sein. Resektion des schnürenden Stranges. Heilung.

4) 29jähriger Bauer, hat seit Jahren seine Hernie in der rechten Leistenbeuge bei Schmerzanfällen stets selbst teilweise reponiert, aber dabei eine schmerzhafte Geschwulst im Bauche beobachten können. Die Operation ergibt eine untere Dünndarmschlinge, deren Schenkel »gewehrlaufartig aneinander gelötet« sind, im Bauch oberhalb eines verwachsenen Netzbruches im Bruchsack. Resektion. Heilung.

Diese kurz referierten Fälle geben C. Anlaß zu einer äußerst sorgfältigen kritischen Arbeit, die das Hauptgewicht auf die Diagnose und ihre Konstruktion legt und außerdem zahlreiche andere Fälle aus des Autors offenbar sehr reichem Material erwähnt. **J. Sternberg** (Wien).

24) A. Jenckel. Atresia acquisita intestini.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 330.)

Während angeborene Dünndarmatresien bekanntlich nicht allzu ungewöhnlich sind, stellen im späteren Leben erworbene sehr seltene Vorkommnisse dar und können, durch Strangulationen verursacht, nur dann zur Entwicklung gelangen, wenn dem Kot durch Herstellung eines abnormen Weges — äußerer widernatürlicher After oder fistulöse Darmanastomosierung — ein Abgang eröffnet ist. J. beschreibt zwei in der Göttinger Klinik beobachtete einschlägige Fälle, von denen einer nach Brucheinklemmung, der zweite durch innere Einklemmung entstanden war. In Fall 1 handelt es sich um eine 46jährige Frau, die, vor 5 Monaten außerhalb der Klinik wegen Brucheinklemmung herniotomiert, einen widernatürlichen After zurückbehalten hatte und zu dessen Beseitigung laparotomiert wurde. Die Operation führte auf ein Knäuel stark verwachsener Därme, aus welchen die früher eingeklemmte Schlinge herauspräpariert und reseziert wurde. Darmnaht usw., Tod infolge von Peritonitis. Das Resektionspräparat wird abgebildet und eingehend beschrieben. Es zeigt, stark miteinander verwachsen, ein zuführendes weites und ein verengtes abführendes Ende, beide blindsackförmig verschlossen, ferner die Kotfistel (Anus praeternaturalis) und als Fortsetzung des zuführenden Stückes ein Fragment verengten und verödeten Darmes. Die speziellen Befunde am Präparat sind auch histologisch genau durchforscht und geben dem Autor zu einer Hypothese über die Art der früheren Darmeinklemmung Anlaß. J. glaubt, es habe sich damals um eine Einklemmung von 2 Darmschlingen gehandelt, und es sei bei der Herniotomie nur eine partielle Reposition gelungen. Im Anschluß an diese Mutmaßung wird beiläufig auf die Frage von den »2 Darmschlingen im Bruchsack« bzw. von der »retrograden Einklemmung« eingegangen, des weiteren auch der wenigen sonst bekannten (5) Fälle von Dünndarmatresie nach Brucheinklemmung mit Kotfistel gedacht. In Fall 2 wurde eine Frau wegen Ileus laparotomiert, und zwar wurde oberhalb verengter, im Douglas liegender Dünndarmschlingen eine erweiterte Schlinge mit dem Kolon mittels Murphyknopf in Anastomose gebracht. Pat. genaß, doch wurde der Knopf nicht ausgestoßen. 15 Monate später gelangte Pat. wegen abermaligen Ileus neuerdings zur Laparotomie, wobei man in einen mit gangränösem Darm zusammenhängenden Abszeß geriet und sich nach dessen Tamponade mit Anlegung einer Kotfistel begnügte. Die Sektion der am nächsten Tage gestorbenen Frau zeigte, daß die bei der ersten Operation gemachte Darmanastomose sich erheblich verengt hatte. Aboral von ihr endigte der Dünndarm blind mit völlig verwachsenem Ende und enthielt hier den Murphyknopf. Die Fortsetzung dieses Darmendes fand sich erst nach längerem Suchen in einiger Entfernung, in starke Verwachsungen gebettet, sehr verengt und ebenfalls blind obliteriert, übrigens mit einer kleinen Perforation versehen. Außerdem zeigte sich an anderer Stelle Darmbrand infolge von Einklemmung durch feste Stränge, wobei zu bemerken, daß Pat. früher Puerperalfieber (mit Parametritis) durchgemacht hatte, und daß als Grund auch des ersten Ileusanfalles Darmeinklemmung durch von dieser Erkrankung hinterlassene Verwachsungen usw. angesehen wurde. — Ent-

stehung der völligen Darmdurchtrennung nebst Blindverschluß beider Enden in diesem Fall erscheint unschwer erklärbar. Die Anlegung der Ileum-Kolonanastomose entlastete das Einklemmungsgebiet am Darm, an dem nun ohne Schaden Durchschnitt des Darmes durch die einklemmende Falte, gefolgt vom Zuwachsen beider Enden, zustande kommen konnte. Der zweite Ileusanfall ist wohl ausschließlich der eingetretenen Verengung der Darmkommunikationsöffnung zur Last zu legen. J. ist geneigt, für dies Ereignis die Benutzung des Murphyknopfes zu beschuldigen und glaubt, daß die Anastomosenbildung mittels Darmnaht zumal mit Separatcatgutnaht der Schleimhaut einen Schutz vor dergl. Verengungen gewährt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

25) **Borszéky.** Blinddarmtorsion.

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 49.)

Bei einem 40jährigen Mann stellten sich 3 Tage vor der Aufnahme in die Réczey'sche Klinik kolikartige Bauchschmerzen, Erbrechen, Stuhlverhalten ein. Bei der Aufnahme fand sich in der linken unteren Bauchgegend eine Resistenz, die Diagnose wurde auf Volvulus der Flexura sigmoidea gestellt. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie wurde festgestellt, daß die Resistenz in der linken Bauchhälfte nicht durch das S romanum, sondern durch den unter Drehung um 180° nach links verlagerten Blinddarm bedingt war. Es lag ein partieller Situs inversus der Därme vor. Nach Retorsion des Blinddarmes glatte Heilung.

Die Torsion des Blinddarmes ist selten, nach der Statistik von Weinreich (1901) sind in der Literatur nur 24 Fälle bekannt.

P. Steiner (Klausenburg).

26) **B. K. Finkelstein.** Ein Fall von Volvulus des Blinddarmes und Einklemmung des Dünndarmes in einer angeborenen Öffnung des Mesenteriums.

(Praktitscheski Wratsch 1907. Nr. 46. [Russisch.])

23 Jahre alter armenischer Arbeiter, am Tage vorher erkrankt. In der Anamnese leichte Anfälle von unvollständigem Ileus. Deutliches Symptom v. Wahl's rechts unten vom Nabel. Der Darm nimmt frei ein großes Klysma auf. Während des folgenden Tages 3mal Erbrechen. Operation 2 Tage nach Erkrankung. Der Blinddarm hat ein eigenes Gekröse, ist um 360° in der Richtung des Uhrzeigers gedreht. Zwischen dem Gekröse des Blinddarmes und demjenigen des Dünndarmes ein Spalt von der Gekröswurzel bis zum Darm. In diese Öffnung ist eine Schlinge des Ileum geraten und eingeklemmt und hat sich von rechts nach links über den Blinddarm geschlagen. Narben und frische Entzündungssymptome am Gekröse. Lösung des Darmes, Schnitt, Entleerung des Blinddarmes von sehr reichlichen Kotmassen. Naht dieses Schnittes, dann des Spaltes im Gekröse, wobei gleichzeitig das Blinddarmgekröse an der hinteren Bauchwand fixiert wird. Schluß der Bauchwunde. Glatter Verlauf, Heilung.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

27) **Herrmann.** Über einen einfachen auswechselbaren Kotfänger bei künstlichem After.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1907. Nr. 22.)

Ein kurzes Knierohr aus Zelluloid ist an der kreisförmigen Einfallöffnung für den Kot mit einem lufthaltigen Gummiring umrandet und wird mit diesem mittels einer Gabel und federnden Leibriemens gasdicht über die Mündung des künstlichen Afters gestülpt. Der nach unten gerichtete, abgeplattete Schenkel des Rohres trägt einen Gummibeutel von 18 cm Länge und 9 cm Breite, der über einem Wulste des Rohres durch einen Gummiring luftdicht festgehalten wird und sich leicht gegen einen neuen auswechseln läßt. Der ganze Apparat kann aus der Gabel herausgenommen und gegen eine Zelluloidplatte vertauscht werden, die eine mit Tierkohle bestäubte Wattelage gegen die Afteröffnung preßt. 3 Abbildungen.

Gutzeit (Neidenburg).

28) H. Ito und Y. Soyesima. Beitrag zur operativen Behandlung der Hirschsprung'schen Krankheit.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 459.)

Die Verff. bringen zwei einschlägige in der Klinik zu Kyoto (Japan) mit gutem Erfolge operativ behandelte Fälle. Fall 1: 14jähriger Knabe, der, seit der Geburt an Incontinentia alvi leidend, meist nachts unwillkürlich Kot ins Bett ließ. Befund: schlechte Ernährung, Anämie, Leibesauftreibung, träge Peristaltik des augenscheinlich sehr vergrößerten Dickdarmes, erhebliche Kotstauung, sowohl im Mastdarm als im unteren Dickdarm, hier eine tastbare Pseudogeschwulst bildend, After jedoch gut geschlossen. Trotz passender Diätregulierung, regelmäßiger Darmspülung, digitalen Kotausräumungen keine Besserung, deshalb Laparotomie. Es wird eine breite seitliche Anastomose zwischen dem untersten Teile des Dünn- und dem oberen Teile des Mastdarmes angelegt und von der anastomosierten Stelle aufwärts etwa 20 cm lang der Dickdarm gefaltet, so daß sein Durchmesser auf die Hälfte verkürzt wird. Hiernach Besserung, doch nicht ausreichend, da sich wieder stagnierende Kotgeschwülste bilden. Darum 2 Monate nach der ersten Operation Relaparotomie, bei der die Darmanastomose gut durchgängig befunden wurde. Vornahme der partiellen Darmausschaltung, indem analwärts von der Anastomose der Dünndarm quer getrennt, beiderseits blind verschlossen und versenkt wird. Hiernach gutes Endresultat. Gute Ernährung, Beseitigung der Inkontinenz, regelmäßige, spontane Defäkation. Fall 2 betrifft einen 4monatigen Knaben, seit der Geburt mit Verstopfung und zeitweisem Erbrechen behaftet, am erweiterten Bauch starke Peristaltik zeigend. Bei der Laparotomie vorfallende stark geblähte Därme wurden punktiert und reponiert. Schlängelung der abnorm langen Flexur. Anlegung einer Kotfistel an der Regio iliaca sinistra. Das Ausfließen einer Unmasse Kotes aus der Fistel wirkte sehr erleichternd. Nach einem Monate spontane Heilung der Fistel, spontan erfolgende Kotentleerungen durch den After, allgemeines Wohlbefinden.

Fall 1 sehen Verff. als ein echtes Megakolon, »eine Art Riesenwuchs des Kolon« an, bei dem sich ihnen die partielle Darmausschaltung in sehr guter, zu Nachahmung auffordernder Weise bewährte. In Fall 2 hat ihrer Ansicht nach nur ein Pseudomegakolon vorgelegen. Fälle der letzteren Art können im späteren Lebensalter der Kranken spontan in normale Verhältnisse übergehen, bedürfen deshalb kaum operativer Behandlung, von welcher vielmehr hier tunlichst abzusehen ist.

In allgemeinen Bemerkungen zur Sache, bei denen die Verff. ausgedehntes Literaturstudium verwerten, werden kurz gefaßte aber anscheinend erschöpfende Zusammenstellungen über die verschiedenen klinischen Theorien zur richtigen Deutung der »Hirschsprung'schen Krankheit«, sowie über die mannigfachen chirurgischen Methoden zu ihrer Behandlung und das bislang auf diesem Gebiete geleistete gegeben. Literaturverzeichnis von 204 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) D. Roberts. Gradual anal dilatation by a new method.

(New York med. record 1907. Dezember 14.)

R. gibt ein neues Instrument an, welches im wesentlichen aus einem hantelförmigen Kautschuckballon mit einem besonders starken Gebläse besteht und das durch ein Spekulum in den After eingeführt wird. Wiederholte Anwendung in richtigen Intervallen brachte unter anderem Heilung von Strikturen.

Loewenhardt (Breslau).

30) A. S. Schtscherbakow. Zur Kasuistik der spontanen Milzruptur.

(Wratschebnaja Gazeta 1907. Nr. 50. [Russisch.])

Pat., 34 Jahre alt, Bäcker, hat eben eine schwere Krankheit (Typhus?) überstanden. Fieber, starker Husten. Beim Hinaufsteigen auf einen Ofen fing er an heftig zu husten und spürte dabei, daß etwas im Unterleibe zerriß. Tod am

nächsten Tage an Verblutung. Sektion: im Bauche 1 kg Blut; Milz fast total quer zerrissen, Kapsel matt, weißlich, löst sich leicht ab. Milzsubstanz weich, morsch, zerfließt bei Fingerdruck. Sonst in den Organen außer Fettdegeneration keine Veränderungen. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

31) **G. J. Baradulin.** Milzcysten nicht parasitären Ursprunges.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Der 34jährige Pat. zog sich vor 6 Jahren durch Fall eine heftige Rückenmarksquetschung zu. Vor 4 Jahren spürte er zuerst Schmerzen im Epigastrium, die sich von Zeit zu Zeit wiederholten. Vor einigen Wochen bemerkte er zufällig eine kleine Geschwulst unter dem linken Rippenbogen, die schnell wuchs. Es wurde eine Dämpfung gefunden, die in der Axillarlinie an der 5. Rippe begann und in einer Geschwulst von der Größe des Kopfes eines Erwachsenen aufging, unbeweglich, prall-elastisch, fluktuierend. Rechts reichte sie bis in die rechte Mammillarlinie, nach unten bis in Nabelhöhe. Der Blutbefund: 3864000 Erythrocyten, 11400 Leukocyten, 60% Hämoglobin. Probepunktion: dunkelbraune Flüssigkeit mit Blutkörpern, Cholesterin, Fibrin.

Operation: Die Cyste enthielt 3 Liter Flüssigkeit. Sie war derart verwachsen, daß sie nur eröffnet und eingenäht werden konnte. Völlige Heilung nach 5 Monaten.

Blutbefund nach 6 Wochen: 4068000, 14200, 75%. Die »Leukocytose« führt B. auf die Tamponade zurück.

Die Cystenwand bestand aus 1) einer dichten Bindegewebsschicht mit wenig Zellen und 2) aus einem inneren bindegewebigen Netz mit vielen Zellen; an einzelnen Stellen fanden sich Endothel und Fibrin. Ein aus der Tiefe genommenes Stück wies dieselben Schichten auf und außen noch etwas atrophisches Milzgewebe.

V. E. Mertens (Kiel).

32) **A. W. Schatski.** Ein Fall von Splenektomie infolge Lymphangiom der Milz.

(Wratschebnaja Gazeta 1907. Nr. 50. [Russisch.])

Mädchen von 18 Jahren mit einer Geschwulst, die vor $1^1/_2$ Jahren in der Milzgegend bemerkt wurde und jetzt den ganzen Unterleib bis zur Symphyse einnimmt. Linke Lunge: Dämpfung unten bis zur 5. Rippe in der Axillarlinie. Herz nach rechts verdrängt. Splenektomie (Prof. Gubarew); Milz frei, keine Verwachsungen. Nach Herauslagerung vor die Bauchhöhle wurde die A. lienalis mit einer Klemme gefaßt, dann das Mesenterium der Milz ohne vorherige Abbindung von unten durchschnitten und dabei ein paar kleine Arterien abgeklemmt. Oben wurde der Pankreasschwanz durchnäht und durchschnitten. Nach Entfernung der Geschwulst wurden die gefaßten Arterien mit einer Catgutligatur unterbunden, der Stumpf des Mesenteriums vernäht und an der Bauchwandwunde befestigt. Tampon für 2 Tage, glatte Heilung. Am 7. Tage war die ganze linke Lunge gedämpft; Probepunktion — blutig-seröses Exsudat; Impfung auf Nährböden blieb erfolglos. 23 Tage nach der Operation war das Exsudat resorbiert. Pat. menstruierte wieder (seit $1^1/_2$ Jahren Amenorrhöe). Nach 3 und nach 5 Monaten trat von neuem Exsudat in der Pleura auf. Diagnose: Tumor pulmonis. Allgemeinzustand recht gut; Blutuntersuchung vor (und nach) der Operation: Hämoglobin 75% (95 bis 85%), rote Blutkörperchen 4000000 (4880000), weiße: 20000 (9970—12000). Die entfernte Milz wog 5,1 kg, Größe: 35×22×17 cm.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

33) **C. Nordmann.** Ein Fall von Leberruptur.

Inaug.-Diss., Kiel 1907.

Bei einem 18jährigen Schlosser, der aus der III. Etage zur Erde gefallen war, stellten sich Schmerzen in der Lebergegend ein. Man könnte im rechten Epigastrium eine Flüssigkeitsansammlung nachweisen. Bei der Operation wurden im

Bauche große Blutgerinnsel gefunden. Als Quelle der Blutung entdeckte man nach Emporziehen des Rippenbogens und Einkerbung des Lig. suspensorium im äußeren, oberen, hinteren Teil der Leber ein hühnereigroßes abgequetschtes Stück, das zusammenhangslos in dem Winkel lag. Da auf Drainage die Blutung nicht stand, wurde die Leber an dieser Stelle durch sechs tiefgreifende Catgutnähte vernäht. Nach 20 Tagen wurde ein subphrenischer Abszeß mittels Rippenresesektion entleert. Bei Verbandwechseln und einer späteren Auslöffelung wurde noch viel abgequetschtes Lebergewebe entfernt. Dann trat Heilung ein.

Die Leberzerreißung war hier also durch eine einseitige Gewalteinwirkung zustande gekommen. Chok und Kontraktion der Bauchdecken hatten bei dem Verletzten gefehlt. **E. Moser** (Zittau).

34) **Goldammer.** Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 41.)

Die umfangreiche Arbeit berichtet über 228 Fälle von Erkrankungen der Gallenwege, in erster Linie von Cholelithiasis, die in der Kümmell'schen Abteilung des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses von 1895—1906 operativ behandelt wurden.

Die Bearbeitung dieses Materials hält sich unter Wiedergabe sämtlicher Krankengeschichten an die bekannte Einteilung von Kehr und führte im wesentlichen zu einer Bestätigung der von Kehr und Körte veröffentlichten Anschauungen und Ergebnisse auf dem Gebiete der Gallenwegchirurgie. Das Referat kann sich daher darauf beschränken, einen Überblick über die Operationserfolge und die Indikationsstellung Kümmell's zu geben.

Die Gesamtmortalität der Gallensteinlaparotomien betrug 20,9% (Kehr 26,2%). Bei unkomplizierten Fällen ergab sich eine Sterblichkeit von 4,7%, bei gutartigen Komplikationen von 14,3%, bei bösartigen Komplikationen von 85,7%; letztere sind in einer Häufigkeit von 19,8% vertreten.

In Übereinstimmung mit Kehr und Körte wurde operiert, wenn innere Kuren erfolglos waren, wenn die Krankheit von Anbeginn so auftrat, daß interne abwartende Behandlung gefährlicher erschien als operative, schließlich aus besonderer Rücksichtnahme auf soziale Verhältnisse.

Die Indikation zur Operation ist demnach gegeben: 1) bei der akuten, infektiösen Cholecystitis in jedem Stadium; 2) bei der rezidivierenden Cholecystitis, wenn auch zwischen den Anfällen Krankheitssymptome vorhanden sind, welche Erwerbsfähigkeit und Lebensgenuß beeinträchtigen; 3) bei Hydrops und chronischem Empyem der Gallenblase; 4) bei pericholecystitischer Eiterung; 5) bei jedem chronischen Choledochusverschluß; 6) bei Kombination jeder Form des Gallensteinleidens mit Morphinismus; 7) bei sonst unheilbaren Folgezuständen der Cholelithiasis: Cholangitis, Leberabszeß, Perforationsperitonitis, sekundären Veränderungen an Magen und Darm; 8) bei Karzinomen der Gallenwege; bezüglich deren Resultate ist auf die Arbeit von Friedheim (Bruns' Beiträge Bd. XLIV) zu verweisen.

Meist wurde der pararektale Längsschnitt, mitunter aber auch der Kocher'sche Schräg- und Kehr'sche Wellenschnitt gewählt.

Das operative Vorgehen gegenüber der Gallenblase ist ein bedingt konservatives: sie wird exstirpiert, wenn der Cysticus organisch verschlossen ist, wenn ihre Muskulatur infolge Überdehnung irreparabel gelitten hat, wenn ihre Wand durch ulzerative Prozesse zerstört, durch Entzündung geschrumpft und verdickt oder aber karzinomverdächtig geworden ist.

Die Cystektomie, deren Technik nicht von der gewöhnlichen abweicht, wird nicht als konkurrenzlose Operation geübt, sondern auch der konservativen Cystendyse und Cystostomie ein genau umschriebenes Gebiet eingeräumt. Voraussetzung für Cystendyse ist, daß die Gallenblase völlig frei von entzündlichen Veränderungen ist, daß normale Galle aus dem Hepaticus nachfließt und mit Sicherheit alle Steine entfernt werden können. Unter diesen Bedingungen kürzt diese

vielfach verworfene Operationsmethode den Heilungsverlauf ganz erheblich ab und schafft zugleich wieder physiologische Verhältnisse.

Alle übrigen Fälle gehören der Cystostomie, welche stets einzeitig vorgenommen wird, wobei der Fixation am Peritoneum die Eröffnung vorausgeht.

Choledochotomie zur Drainage der Gallenwege gilt nicht als Normalverfahren. Sie wird nur ausgeführt wegen sonst nicht entfernbarer Steine und bei stärkerer Infektion des Ganges. Nahtverschluß oder Drainage des Ganges wird nach ähnlichen Indikationen gewählt.

Von 134 Pat., deren Schicksal ermittelt werden konnte, waren 15 gestorben, darunter einer an den Folgen des Gallensteinleidens. 102 Operierte waren völlig gesund und beschwerdefrei; Rezidive, d. h. Wiederholung der Koliken, wurden in 6,8% berichtet, während in 11,8% Steine zurückgeblieben waren.

Reich (Tübingen).

35) **Rolleston.** Congenital obstruction of the common bile duct.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 12.)

R. beschreibt einen Fall von angeborenem Verschluß des Choledochus bei einem hereditär luetischen Kinde, das unter zunehmendem Ikterus und Abmagerung 3 Wochen nach der Geburt starb. Der Ikterus trat erst 7 Tage nach der Geburt ein. Auf Grund des klinischen und Sektionsergebnisses hält R. den Verschluß für bedingt durch luetisches Granulationsgewebe. Der Fall hätte dann nur ein einziges Gegenstück in dem von Beck 1884 beschriebenen.

Weber (Dresden).

36) **Barth.** Intrahepatische Cholelithiasis und deren Behandlung durch langdauernde Hepaticusdrainage.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1907.

Bei einem 54jährigen Manne wurde wegen chronischen, lithogenen Choledochusverschlusses der Choledochus inzidiert und der Hepaticus drainiert, obwohl nach Extraktion eines großen Steines aus demselben kein Stein mehr nachweisbar war. Im Verlaufe der Nachbehandlung wurden beim Spülen öfters Steinchen und ockergelbe, zylindrische, den feineren Gallengängen entsprechende Gebilde herausgeschwemmt. Erst nach 13 Monaten fanden sich keine Bröckel mehr in der Galle, so daß Drainage und Spülung fortgelassen werden konnten, worauf sich die Fistel schloß. Die Spülungen, die noch dazu in den letzten Monaten von der Frau des Pat. vorgenommen wurden, waren ebenso wie der Gallenverlust ohne Beschwerden ertragen worden. Unter Berücksichtigung der Literatur wird das Krankheitsbild der intrahepatischen Cholelithiasis kurz geschildert. Für die Therapie betont Verf. die Bedeutung der »langdauernden« Hepaticusdrainage. **Strauss** (Nürnberg).

37) **Mayo Robson.** On cholecystectomy; the indications and contraindications for its performance.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 26.)

Unter fast 1000 Operationen an den Gallenwegen hat M. nur 94mal die Gallenblase entfernt. Auch nach ihrer Entfernung können sich neue Steine bilden, und zwar im Choledochus und in den großen Gallenwegen, während die Wiederkehr von Steinen nach der Cholecystostomie ein sehr seltenes Ereignis ist. Die Gallenblase ist durchaus kein überflüssiges Organ, das man ohne weiteres fortzunehmen berechtigt wäre. Der Galle wird während ihres Aufenthaltes in der Gallenblase sehr viel Schleim beigemischt (nach R.'s Untersuchungen bis 72 ccm täglich). Dieser Schleim macht die Galle weniger reizend, wie aus den Experimenten Flexner's hervorgeht. Wahrscheinlich führt der Verlust der Gallenblase zur Erweiterung des Choledochus und der großen Gallengänge, wie dies Verf. mehrere Male beobachtet hat. Wäre das regelmäßig der Fall, so wären alle Möglichkeiten einer Neubildung von Steinen und einer Stauung zur Leber hin mit Cirrhose in Leber und Pankreas als deren Folge gegeben.

Es sollte daher die bewährte Cholecystostomie nicht gar so schnell durch die Ektomie ersetzt werden, wie es heute so oft geschieht. Indiziert ist die Ektomie bei Krebs; kleiner, geschrumpfter, wertloser Gallenblase; bei erweiterter und hypertrophierter Gallenblase infolge Striktur im Cysticus; Empyem der Gallenblase; Schleimfistel; schwerer Verletzung der Blase. Dagegen soll für die gewöhnliche Form der Cholelithiasis die Cholecystostomie als Normaloperation ihre Geltung behalten.

Auf der anderen Seite ist Verf. ein eifriger Befürworter der Operation an sich in jedem Falle von Gallensteinen überhaupt, weil er von dem ursächlichen Zusammenhange zwischen Stein und Krebs auf Grund seiner langen Erfahrungen fest überzeugt ist. Es gibt kein sichereres Mittel, der Krebsbildung vorzubeugen, als die Entfernung des dazu führenden Reizes: der Steine. **Weber** (Dresden).

38) **Solowoff.** Cholecystenteroanastomosis retrocolica.

(Chirurgia 1907. Nr. 130. [Russisch.])

Kurze Mitteilung, eingeleitet mit der Bemerkung, daß die Cholecystenteroanastomosis retrocolica, wie sie Brentano in Nr. 24 d. Bl. in Vorschlag bringt, schon vor 4 Jahren von Herzen auf dem II. Kongreß der russischen Chirurgen in Moskau beschrieben wurde (was den deutschen Chirurgen nicht bekannt sein konnte. Ref.).

S. operierte einen einschlägigen Fall von chronischer Gallenstauung, veranlaßt durch Pankreaskarzinom. Seine Technik unterscheidet sich von der Brentano's lediglich durch den Umstand, daß Brentano eine leergestrichene Jejunumschlinge durch einen stumpf durchbohrten Schlitz im Mesokolon an die Gallenblase heranzieht und nach Beendigung der Anastomose das Mesokolon auf der Gallenblase fixiert. S. bohrt ebenfalls den Schlitz in das Mesokolon, zieht aber die Gallenblase hindurch zur Jejunumschlinge und befestigt zum Schluß den Schlitz des Mesokolon auf dem Jejunum in der Nähe der Anastomose. Sonst ist die Operation die gleiche.

(Welche der beiden Methoden zu wählen ist, dürfte sich von Fall zu Fall entscheiden, da die Methode nach S. nur bei stark vergrößerter, bzw. überdehnter und sehr beweglicher Gallenblase auszuführen ist. Ref.) **Oettingen** (Berlin).

39) **Fullerton.** Anastomosis between the common bile duct and the duodenum for obstructive jaundice.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 26.)

Bei einem 66jährigen Manne mit schwerem, zunehmendem Ikterus machte F. die Choledochoduodenostomie mittels Knopfes. Es handelte sich um chronische Pankreatitis mit Erweiterung des Choledochus bis zur Weite eines Dünndarmes. Da es unmöglich war, bei der Operation vom gestauten Choledochus her Galle auf der geöffneten Gallenblase heraus zu pressen, so legte F. die Anastomose nicht an der Gallenblase, sondern am Choledochus an. Bis zur letzten Untersuchung bestand ein Dauererfolg von 5 Monaten. Solche Choledochenterostomien sind noch von den Gebrüdern Mayo, von Sprengel, Riedel und Swain beschrieben worden **Weber** (Dresden).

40) **Kotzenberg.** Operative Entfernung eines Tumors des Ductus omphalomesentericus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 289.)

Ohne charakteristische Anamnese entwickelte sich bei einer multiparen, anämischen Frau eine mannskopfgroße Geschwulst im Bauche, die, etwas nach links von der Mittellinie gelegen, mit den linken Adnexen zusammenzuhängen schien. Bei der Laparotomie wies sie mehrfache Verwachsnngen mit Bauchwand, Därmen und Netz auf, die sich aber leicht lösen ließen. Der Stiel, durch den die Geschwulst mit dem Darme zusammenhing, ging unmittelbar ohne scharfe Grenze aus einem Meckel'schen Divertikel hervor. Unter Resektion des Divertikels wurde

die Geschwulst entfernt und glatte Heilung erzielt. Es handelte sich um eine weiche, solide Geschwulst mit mehrfachen Erweichungsherden, deren histologische Untersuchung zur Diagnose eines primären Sarkoms führte. Es wird angenommen, daß sich dieses auf dem Boden eines nicht ganz zurückgebildeten Ductus omphalomesentericus entwickelt hatte. **Reich** (Tübingen).

41) **N. M. Kakuschkin.** Zur Lehre von den Geschwülsten des großen Netzes.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 45—50.)

Pat., 28 Jahre alt, von Kindheit an mit einem Herzfehler behaftet, mit 1 bis 2 Aborten und Gonorrhöe in der Anamnese, kinderlos, kam mit einer Geschwulst im Unterleibe, die vor 5 Monaten bemerkt wurde, in Prof. Ratschinski's Klinik. Diagnose: Netzgeschwulst oder Cyste des linken Eierstockes. Operation: Netz stark mit den Genitalien und dem Darme verwachsen, von zahlreichen Cysten durchsetzt, die linsen- bis nußgroß, die größte faustgroß sind. Rechte Tube verdickt, mit dem Eierstock verwachsen; linke Adnexe fest mit der Geschwulst verlötet. Resektion des Netzes mit Zurücklassung des oberen rechten Drittels; da die Adnexe stark verändert sind und am Uterus Fetzen des cystisch entarteten Netzes hängen, werden auch diese Organe entfernt. Drainage durch die Scheide; Heilung, die 2 Jahre später fortdauert. — Das Netz ist von Lymphangiomen durchsetzt, die stellenweise Veränderungen entzündlicher und degenerativer Natur aufweisen (Blutung, fettige Degeneration usw.); an einzelnen Stellen fanden sich Drüsengänge mit Zylinderzellenepithel. Die Lymphangiome gehörten zum Typus der rein cystischen, aus Lymphkapillaren entstandenen. Sehr ausführlich beschreibt K. den mikroskopischen Befund, der durch acht Bilder veranschaulicht wird. Aus der Literatur werden fünf Fälle von Netzlymphangiom gebracht; 12 weitere Fälle gehören wohl auch zu dieser Gruppe. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

42) **Pólya.** Über Mesenterialsarkome.

(Budapesti Orvosi Ujság 1907. Nr. 30.)

Verf. berichtet über drei Fälle von Gekrösgeschwülsten. Im ersten Falle wurde nur die Probelaparotomie ausgeführt, bei der Obduktion wurde ein mesenteriales Lymphosarkom gefunden. Im zweiten Falle wurde beim 47jährigen Manne die Diagnose in vivo gestellt, die Geschwulst, welche sich mikroskopisch als Fibroma mesenterii zeigte, wurde mit dem eng verwachsenen Dünndarm (284 cm) exstirpiert. Heilung. Pat. litt nach Abgang aus dem Krankenhaus an heftigen Diarrhöen, der Tod erfolgte 1 Jahr später infolge von Inanition. Im dritten Falle wurde bei der 48jährigen Frau die 25 × 15 × 11 cm große, mikroskopisch sich als endotheliales Sarkom erweisende mesenteriale Geschwulst entfernt. Heilung. Seit der Operation ist bereits 1 Jahr vergangen, Pat. ist vollkommen wohl.

P. Steiner (Klausenburg).

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.
1908.

Der 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 21. bis 24. April 1908 in Berlin im Langenbeckhause statt.

Die Herren Mitglieder können im Bureau des Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeckhaus, Ziegelstraße 10/11) am Montag, den 20. April, bis 2 Uhr, sowie Dienstag, den 21. April, vormittags von 8—10 Uhr, die gedruckte Tagesordnung, sowie die Mitgliedskarten gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen. Die Mitgliedskarten müssen beim Betreten des Sitzungssaales vorgezeigt werden; es liegt im Interesse der Herren Kollegen, sich rechtzeitig damit zu versehen, da am Morgen vor der Sitzung der Andrang ein sehr großer zu sein pflegt. Gegen Einsendung des Jahresbeitrages pro 1908 an Herrn Melzer bis zum 15. April werden Mitgliedskarten von diesem per Post zugesandt.

*Die Eröffnung des Kongresses erfolgt am **Dienstag, den 21. April, vormittags 10 Uhr**, im Langenbeckhause. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 9—12½ Uhr und Nachmittagssitzungen von 2—4 Uhr abgehalten werden.*

*Die Vormittagssitzung am Dienstag, den 21. April, sowie die Nachmittagssitzung am Donnerstag, den 23. April, sind zugleich Sitzungen der **Generalversammlung**. In der **ersteren** findet nach § 16 der Statuten die Berichterstattung statt über die Tätigkeit der Gesellschaft im abgelaufenen Geschäftsjahre, über die Finanzlage der Gesellschaft, sowie die Neuwahl bzw. Ergänzung des Ausschusses. In der zweiten Generalversammlung am Donnerstag, den 23. April, nachmittags 2—4 Uhr, erfolgt die Wahl des ersten Vorsitzenden für 1909, ferner wird der Herr Kassenführer den ausführlichen Finanzbericht erstatten und danach die Entlastung beantragt werden.*

*Die in den Vorjahren bewährte **neue Geschäftsordnung** wird auch auf dem diesjährigen Kongreß zur Anwendung kommen. Bei der großen Zahl unserer Mitglieder ist es notwendig, eine gewisse Beschränkung des Materials eintreten zu lassen. Die Herren Mitglieder werden ersucht, diesem Gesichtspunkte Rechnung zu tragen und sich genau an die festgesetzten Bestimmungen zu halten.*

*Die **Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen** bitte ich bis zum 15. März an meine Adresse gelangen zu lassen mit einer kurzen Inhaltsangabe (§ 2 der G.-O.) und der genauen Bezeichnung, ob Vortrag oder Demonstration beabsichtigt wird (§ 5 der G.-O.). Später einlaufende Ankündigungen können nur nach Maßgabe der noch verfügbaren Zeit auf die Tagesordnung gesetzt werden.*

*Von **auswärts kommende Kranke** können nach vorheriger Anmeldung in der kgl. Universitätsklinik (Berlin N., Ziegelstraße 5—9) Aufnahme finden. **Präparate, Apparate und Instrumente** usw. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn **Melzer** (Berlin N., Langenbeckhaus, Ziegelstraße 10/11) zu senden. Derselbe ist auch ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Bibliothek, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegenzunehmen (s. oben). Zur Vermeidung von Irrtümern wird um Aufbewahrung der Quittungen ersucht.*

***Eine Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Gebrauchsgegenständen** zur Krankenpflege ist nach Maßgabe des verfügbaren Raumes und der erfolgenden Anmeldungen in Aussicht genommen (Anmeldungen an die Hauskommission des Langenbeckhauses zu Händen des Herrn **Melzer**).*

*Ob ein **Demonstrationsabend für Röntgenbilder** usw. stattfinden wird, hängt von den diesbezüglichen Anmeldungen ab.*

*Anmeldungen zur **Aufnahme neuer Mitglieder** bitte ich an den I. Schriftführer Herrn **Körte** (Berlin W. 62, Kurfürstenstraße 114) einzusenden. Die Anmeldung muß die genaue Adresse des Vorgeschlagenen (Name, Titel, Wohnort) enthalten und muß mit der eigenhändigen Unterschrift von drei Mitgliedern der Gesellschaft versehen sein. Formulare zu diesem Zwecke können von Herrn **Melzer** bezogen werden. Die Aufnahme neuer Mitglieder findet in der Ausschußsitzung am Montag, den 20. April, vormittags, sowie während der Kongreßtage nach Bedürfnis statt. Die am Montag aufgenommenen neuen Mitglieder können ihre Mitgliedskarten am Dienstag vormittags von 8 Uhr an bei Herrn **Melzer** gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen.*

Es wird etwa 4 Wochen vor dem Kongreß eine Übersicht über die bis dahin eingelaufenen Ankündigungen von Vorträgen versandt werden.

A. Freih. v. Eiselsberg,
Vorsitzender für das Jahr 1908.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 9. Sonnabend, den 29. Februar 1908.

Inhalt.

I.

Silbercatgut und Silberseide.

Von

B. Credé in Dresden.

Den Wert eines neuen Präparates kann man in der Regel erst nach längeren Jahren der Prüfung ermessen. Der Erfinder hat demnach eine gewisse Verpflichtung, nach einer größeren Beobachtungszeit, die auch das Urteil objektiver gestaltet, den Kollegen Bericht zu erstatten, wie weit sich seine früheren Angaben bestätigt haben.

Da nun meine Arbeiten über den antiseptischen Wert des Silbers 1895 begannen und meine ersten Veröffentlichungen in das Frühjahr 1896 fallen (Vorträge in Dresden, Ges. f. Nat.- u. Heilkunde, und in Berlin, Ges. für Chirurgie, mit Demonstrationen von Fäden und Kulturen), so halte ich jetzt nach mehr als zwölfjähriger Erfahrung die Zeit für gekommen, erneut mich über den Wert des Silbercatgut und der Silberseide auszusprechen. Seit 1896 habe ich mich achtmal in verschiedenen Aufsätzen über mein Catgut ausgelassen, die Arbeiten anderer darüber aber noch nicht erwähnt. Da das Urteil anderer aber stets von besonderer Bedeutung ist, so möchte ich zunächst folgender größerer Arbeiten gedenken.

Die erste, die unter Berufung auf meine Veröffentlichung erschien, war eine Arbeit aus dem Jahre 1899 von Prof. Boeckmann, der Universität zu St. Paul, Amerika (St. Paul medical journal 1899, Nr. 7). Sie ist eine 12 Seiten lange, sehr gründliche Experimentalarbeit über Catgut und kommt zu dem Schluß, daß Silbercatgut den Vorzug vor allen anderen Catgutarten verdiene. Dieser Arbeit ist die große Verbreitung des Silbercatgut in den Vereinigten Staaten zu verdanken.

Eine zweite, noch ausführlichere Experimentalarbeit über Catgut stammt aus der Feder von Dr. Perez, Assistenten von Professor F. Durante, Chef der chirurgischen Universitätsklinik in Rom. Sie erschien in »Il Policlinico« Roma 1903, Fasc. 2, p. 93—100 und Fasc. 3, p. 118—132 und kommt ebenfalls zu dem Schluß, daß das Silbercatgut das beste Catgutmaterial sei. Die Darstelluhg des Catgut schließt sich bei beiden meiner Methode an und weicht nur in prinzipiell unwesentlichen Punkten von derselben ab. Das Endprodukt ist bei beiden ganz das gleiche, wie das meinige.

Die dritte sehr große Experimentalarbeit über Catgut rührt von Dr. Fr. Kuhn, dirig. Arzt in Kassel her. In ihr wird zum erstenmal der vorzügliche Gedanke ausgesprochen und begründet, daß die ganze Fabrikationsweise des Catgut in den Darmsaitenfabriken für unser Catgut zu ändern sei, und daß bereits der frische, sterilisierte Darm imprägniert werden müsse, um dann erst unter strengen Kautelen zum Faden verarbeitet zu werden. Hoffentlich kommt dieses ideale Material bald in den Handel. Die erste Kuhn'sche Arbeit findet sich in der Münchener med. Wochenschrift 1906, Nr. 41, ihr folgen dann noch weitere Veröffentlichungen über dasselbe Thema; in seiner letzten Arbeit in der Deutschen Zeitschr. f. Chirurgie, Januar 1907 schließt er sich meinen Behauptungen an, daß das Silbercatgut wohl das am meisten zu empfehlende sei.

Die vierte Veröffentlichung kam aus der Witzel'schen Klinik in Bonn, hat Dr. Wederhake zum Verfasser und ist betitelt »Fadenmaterial« (Münch. med. Wochenschrift 1906 Nr. 49 u. 50). Durch zahlreiche Untersuchungen und Experimente begründet er die Zweckmäßigkeit, einen nicht bloß sterilen, sondern auch antiseptischen Faden zu benutzen und empfiehlt als solchen Silbercatgut und Silberseide.

Die Darstellungsart seines Materials halte ich allerdings für etwas umständlich und kompliziert.

Endlich sei noch einer Experimentalarbeit aus der Trendelenburg'schen Klinik in Leipzig gedacht, aus der Feder von Dr. Stich (Zentralblatt für Chirurgie 1906, Nr. 46), die auf Grund bakteriologischer und klinischer Studien Silbercatgut empfiehlt und eine ebenfalls nicht ganz einfache Bereitungsart angibt. Erwähnen will ich schließlich noch, daß in Amerika, Rußland und Japan zahlreiche kleine Arbeiten über diesen Gegenstand erschienen sind, die sämtlich das Silbercatgut für das empfehlenswerteste halten.

Man wird es begreiflich finden, daß ich mich über diese Arbeiten freue, und zwar nicht bloß deshalb, weil sie meine Behauptungen bestätigen, sondern namentlich auch deshalb, weil sie mit dem Prinzip der absoluten Asepsis gebrochen haben und wenigstens in einem Punkte zugeben, daß Silber ein harmloses und wirksames Antiseptikum sei, das meiner Ansicht nach eine außerordentlich vielseitige Anwendung gestattet bei einfachster, von jedem praktischen Arzte ausführbarer Technik. Daß übrigens die Verbindung einer strengen Asepsis mit einer guten Antisepsis immer mehr Anhänger gewinnt, wird, abgesehen von dem eben erwähnten, wohl durch nichts besser bewiesen, als durch die Tatsache, daß der Verkauf von Collargol sich bis jetzt jedes Jahr gesteigert hat.

Was nun die Darstellungsart des Silbercatgut und der Silberseide betrifft, so ist sie ja im Grunde gleichgültig, wenn nur der fertige Faden von gleicher Güte ist, obwohl das einfachere Verfahren natürlich vorzuziehen sein dürfte. Mein Verfahren hat sich seit zwölf Jahren nicht geändert, weil die Resultate stets vorzüglich blieben und Eiterungen infolge einer Catgutligatur nie beobachtet wurden. Eine einfachere Bereitungsweise als die meinige kann es, glaube ich, nicht geben. Das rohe Catgut wird so wie es aus der Fabrik kommt in eine 1%ige Lösung von Aktol (Arg. lactic.) für 8 Tage gelegt, dann ist es eigentlich schon fertig, wird nur noch dem Licht ausgesetzt, gewaschen und getrocknet. Verbessert ist aber in den letzten Jahren der Apparat, denn ich zur Herstellung benutze; denn der jetzige ermöglicht es, daß der Faden vom Einlegen in die Lösung an bis zum Gebrauch mit keinem Finger in Berührung kommt. Wird das Catgut vor der Imprägnierung entfettet, so verliert es bedeutend an Festigkeit. Mein Apparat nebst einer ausführlichen Beschreibung der Herstellungsart ist übrigens für 20 Mark von der Firma Knoke & Dressler in Dresden zu beziehen. Das Rohcatgut bezieht unser Stadtkrankenhaus von der Darmsaitenfabrik von C. Scheffler in Klingenthal, Sachsen. Jede noch so kleine Anstalt kann sich mit meinem Apparat leicht durch eine Schwester ihr Fadenmaterial selbst darstellen und wird die Kosten des Apparates sehr bald eingebracht haben. Silbercatgut benutze ich zu allen Unterbindungen und fast allen inneren Nähten, zu Hautnähten aber nicht, da infolge der Quellung des Darmfadens dieser einen leichten mecha-

nischen Reiz des festeren, epithelialen Gewebes ausüben muß und etwas sezerniert, was beim Seidenfaden nicht der Fall ist.

Zur Silberimprägnierung von Zwirn und ähnlichen Fäden bin ich nicht übergegangen, da diese sich nicht resorbieren und eventuell später noch als Fremdkörper Nachteile bedingen können, was bei Seide nicht der Fall ist, da diese als tierisches Produkt sich, wenn auch sehr langsam, resorbiert, worauf vor fast 40 Jahren Lister schon hingewiesen hat. Die Imprägnierung der Seide ist dieselbe, wie die des Catgut, nur daß diese 14 Tage in der verdunkelten Aktollösung liegen muß.

Was ich vor 12 Jahren über Silbercatgut und Silberseide gesagt habe, ist demnach seitdem sowohl von anerkannten Forschern bestätigt worden als auch durch meine eigenen weiteren Beobachtungen.

II.

Zur Behandlung der Spondylitis.

Von

Dr. Alex. C. Wiener.

Prof. der Chirurgie an der Illinois Postgraduate School Chicago.

Die Behandlung der tuberkulösen Spondylitis ist für die unkomplizierten Fälle so ziemlich als festgelegt zu erachten. Man hat erkannt, daß völlige Immobilisation der Wirbelsäule nicht zu erreichen ist, ohne Atmung und Verdauung aufs schwerste zu schädigen. Die Ausschaltung der Muskelspasmen ist völlig genügend, um die Ausheilung der Herde zu begünstigen. Die Prognose ist für die mit Hessing'schem Korsett behandelten Fälle als gut zu bezeichnen. Selbst anscheinend feste Kyphosen lassen sich durch an dem Korsett angebrachte Gummizüge noch verkleinern. In dieser Richtung hat das sonst unbrauchbare Verfahren von Calot anregend und belehrend gewirkt. Die schlechteste Prognose, weil der Behandlung mit Extension am schwersten zugänglich, gaben dagegen die Tuberkulosen des ersten bis vierten Brustwirbels, und es sind diese Fälle, für die mein Verfahren am wirksamsten ist. Der Fall war folgender:

54jährige Frau, 1,5 m groß, leidet seit 15 Jahren an einer tuberkulösen Deformität des ersten bis vierten Brustwirbels, dessen größte Prominenz dem zweiten Brustwirbel entspricht. Seit einem Jahre bestehen Rückenschmerzen, die in die Schultern, den Kopf und Unterleib ausstrahlen; sie haben sich seit 6 Monaten derart verschlimmert, daß Pat. sich nicht aus dem Bett erheben kann.

Die erste Untersuchung wurde am 16. Dezember 1906 vorgenommen, in Konsultation mit Herrn Dr. Peter Latz. Lungen normal, chronische Bronchitis, quälender Husten; Herz normal, Puls etwa 100, Temperatur 38,2°; Leber stark vergrößert, Unterrand bis zum Nabel reichend; Hängebauch, starke Flatulenz. Die Unterextremitäten können aktiv nicht bewegt werden: Die Füße befinden sich in Spitzfußstellung und sind ödematös bis zur Hälfte des Unterschenkels; alle paar Minuten klonische Zuckungen der Extremitäten, die der sehr aufgeregten, ängst-

lichen Pat. laute Schmerzäußerungen entlocken. Diese Schmerzen konnten nur mit reichlichen Dosen von Morphin bekämpft werden.

Daß im Anschluß an die tuberkulöse Spondylitis die Pachymeningitis wieder aufgeflammt war, konnte nicht zweifelhaft sein; daß ferner eine transversale Meningitis drohte, war anzunehmen. Die Schmerzen wurden durch Gewichtsextension am Kopf sofort erleichtert. In der Nacht wurde 10 Pfund-Extension in der üblichen Weise angebracht; den größeren Teil des Tages wurde Pat. in einen Sessel gesetzt und das Gewicht über einen an der Decke angebrachten Flaschenzug geleitet. Nun handelte es sich darum, der Pat. auch aktive Bewegungen zu schaffen. Es wurde daher ein Stahldraht durch zwei Zimmer hindurch straff angespannt, auf dem der Flaschenzug nunmehr rollen konnte. Um den Kopf vor dem Anschlagen des Gewichtes zu schützen, wurde der Apparat aus vier Rollen zusammengesetzt, von denen je zwei in einem Gehäuse angebracht sind. Beide Gehäuse sind mit einem 50 cm langen Stahlstab miteinander fest verbunden. Die oberen Rollen laufen auf dem Stahldraht. Durch die unteren läuft das Seil, an dessen einem Ende die bequem gearbeitete Glisson'sche Schlinge befestigt ist und an dessen anderes das aus Schrotkörnern bestehende Gewicht angehängt wird. Um je nach den Bedürfnissen der Pat. das Gewicht rasch zu erhöhen oder zu erniedrigen, empfiehlt es sich, verschiedene mit Schrot gefüllte Säckchen von 1 bis 5 Pfund zu gebrauchen. Über 10 Pfund Gewicht bin ich bis jetzt nicht hinausgegangen.

Nun wurde Pat. mehrmals am Tage, an beiden Seiten gestützt, durch das Zimmer geführt, wobei die hinten nachschleifenden Beine durch die Beine der Wärter beigeholt wurden. Pat. wurde also anfänglich im wahren Sinne des Wortes geschleift, wobei die Bewegung der Rollen genau überwacht werden mußte. Schon nach mehreren Tagen wurden die klonischen Zuckungen seltener, und es zeigten sich die ersten aktiven Bewegungen. Nach 4 Wochen ging Pat. mit großen Schritten selbständig am Draht mit 10 Pfund Gewicht belastet durch die beiden Zimmer. Ende April, also nach 4 Monaten, konnte sie sich frei bewegen und im Juli als völlig geheilt aus meiner Behandlung entlassen worden. Am lästigsten waren bei der Behandlung die Darmbeschwerden; aber auch diese sind jetzt — dank der ausgiebigen Bewegungen in freier Luft — geschwunden. Die chronische Bronchitis besteht noch, wird auch in unserem rauhen Klima kaum wesentlich gebessert werden können. Pat. selbst betrachtet sich als völlig geheilt. Im ganzen habe ich sie, die sich in nicht günstigen Vermögensumständen befindet, von Dezember bis Juli etwa achtmal besucht. Eine spezifische anti-tuberkulöse Behandlung wurde nicht gebraucht.

Bei Frakturen der Wirbelsäule läßt sich diese Behandlung wohl von der 3. Woche an vorteilhaft verwerten. Gelegenheit zum Versuch habe ich noch nicht gehabt. Dagegen hat bei Tabes dorsalis mit beginnender Koordinationsstörung ein intelligenter Patient subjektive und objektive Besserung gesehen. Es wird ja bei der letzteren Erkrankung von berufenster Seite die Extension der Wirbelsäule empfohlen. Andererseits hat mit Recht die Fränkel'sche Behandlung an Boden gewonnen. Nun lassen sich beide Behandlungsarten wohl vereinigen, zumal da nicht jeder Tabiker eine Anstalt besuchen oder sich die Fränkel'schen Apparate anschaffen kann. Mein Pat. nimmt jetzt Hindernisse, wie Stühle und kleine Leitern, ohne jede Schwierigkeit, und ist die Koordination entschieden gebessert.

Ebenso haben die quälenden, lanzierenden Schmerzen in den Beinen gänzlich aufgehört. Doch lassen sich nicht, wie bei der tuberkulösen Spondylitis, aus einem Falle wertvolle theoretische Schlüsse ziehen, und es muß den Neurologen überlassen bleiben, ob sie das Verfahren für ihre Zwecke verwerten können.

---

1) **Frankfurter Zeitschrift für Pathologie.** Herausgegeben von Eugen Albrecht. I. Bd. 1907.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1907.

Der I. Band der Frankfurter Zeitschrift für Pathologie ist in drei Lieferungen erschienen und liegt jetzt vollständig in gediegener Ausstattung in einer Stärke von 629 Seiten vor.

Dem einen Hauptpunkt seines Programms, das der Verf. in der Einführung zu der neuen Zeitschrift entrollt, nämlich die pathologische Anatomie in möglichst engem Kontakt mit der praktischen Medizin zu erhalten, ist er gerecht geworden in seiner jeder Lieferung beiliegenden »Kritischen Rundschau«; in derselben bespricht er den Begriff der »Krankheit«, verschiedene »Thesen zur Frage der menschlichen Tuberkulose«; die »klinische Einteilung der Tuberkuloseprozesse in den Lungen«; einen breiten Raum nehmen die »Randbemerkungen zur Geschwulstlehre« ein.

Die klinische Fragen berührenden Originalarbeiten, soweit sie chirurgisches Interesse haben, werden besonders referiert werden; von den mehr das interne Gebiet betreffenden seien nur die Titel genannt: H. Boit: Über die Komplikation des Morbus Basedowi durch Status lymphaticus. — E. Goldschmid: Zur Frage des genetischen Zusammenhanges zwischen Bronchialdrüsen- und Lungentuberkulose. — E. Hedinger: Über die Kombination von Morbus Addisonii mit Status lymphaticus. — P. H. Horch: Zur Lehre der Mißbildungen des linken Vorhofs.

Die Hauptbedeutung der neuen Zeitschrift liegt aber auf dem Gebiete der Geschwulstlehre. Nicht weniger als 14 von den 28 Originalarbeiten des I. Bandes beschäftigen sich mit ihr. Die meisten bringen neue Belege für die von A. von jeher vertretene Auffassung, daß die Geschwülste eigenartige Bildungen darstellen. Die Geschwülste, gutartige und bösartige, entwickeln sich ebenso gesetzmäßig wie die Organe, aus denen sie hervorgehen und mit denen sie vielfache Verwandtschaft haben. Die Frage nach der Entstehung der Geschwülste kann nur gelöst werden gleichzeitig mit der Frage nach der Entstehung der normalen Organe.

Die Lösung dieser Fragen bildet eine künftige Aufgabe der Zeitschrift. Doch auch jetzt bietet sie schon so viele wertvolle Beiträge zur Geschwulstlehre, daß sie bei jeder Arbeit auf geschwulsttheoretischem Gebiet Berücksichtigung finden muß. **Trappe** (Breslau).

---

2) **Sangiorgi.** Influenza dell' edema da stasi mecannica sulle ossa in via di accrescimento. Ricerche sperimentali.

(Policlinico 1907. Nr. 4.)

Die auf Veranlassung von Codivilla ausgeführte experimentelle Arbeit untersucht den Einfluß langdauernder Stauung auf den wachsenden Knochen von Kaninchen.

Der Knochen wird leichter und weniger widerstandsfähig gegen Zug und Druck infolge Verlust an Mineralsalzen. Die Quantität organischen Materiales bleibt dieselbe. Die schwache Stelle liegt neben der Epiphyse, hier findet sich mikroskopisch starke Überfüllung der kleinen und mittleren Gefäße.

Die Resultate sind in mehreren Tabellen wiedergegeben.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

3) **Rubritius.** Über die Frühoperation der akuten Osteomyelitis.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 23 u. 24.)

Nach den Erfahrungen der Wölfler'schen Klinik, die R. in diesem Aufsatz mitteilt, kürzt die frühzeitige Aufmeißelung des akut ostomyelitisch erkrankten Knochens die Krankheitsdauer wesentlich ab, verhütet meistenteils Nekrosen und rettet manche schweren Fälle, welche sonst der Allgemeininfektion erliegen. Das Röntgenbild ist für die Frühdiagnose nicht verwendbar, da der Knochenschatten erst bei eitriger Einschmelzung des Markes, nicht aber im Beginn der Osteomyelitis bei noch punktförmigen Eiterherden sich aufhellt. Die Indikation zur Frühoperation muß daher schon auf Grund der klinischen Symptome, die ja gewöhnlich nicht im Zweifel lassen, gestellt werden.

Gutzeit (Neidenburg).

4) **A. Hardiviller.** La symptomatologie des ostéites apophysaires de la croissance.

Thèse de Paris 1907.

Eine wichtige und wenig gekannte Krankheit ist die Osteitis der Apophysen, welche während des Wachstums und namentlich wenn in den knorpeligen Knochen die ersten Ossifikationspunkte erscheinen, auftritt. Am häufigsten kommt diese Erkrankung in der Tibia vor und bildet die sogenannte Apophysitis der Tibia, die als das Prototyp der in Rede stehenden Erkrankung angesehen werden kann. Meist tritt dieselbe in der zweiten Kindheit oder auch später im Jünglingsalter auf und beginnt mit starken Schmerzen in einem oder in beiden Knien. In liegender Stellung lassen die Schmerzen nach. Bei der Lokaluntersuchung findet man eine genau umschriebene und sehr heftige Schmerzhaftigkeit über der Tuberositas anterior tibiae, entsprechend einer Verdickung dieser Gegend. Die Haut darüber ist etwas rot, und es besteht eine leichte Temperaturerhöhung dieser Gegend. Das Allgemeinbefinden ist ziemlich gut; es besteht kein oder nur ein leichtes Fieber. Geht die Entzündung in Eiterung über, so tritt hohes Fieber und Erbrechen auf, die Haut rötet sich stark, und der Abszeß öffnet sich, falls man nicht eingreift, von selbst nach außen oder führt durch Fortpflanzung zur Entwicklung einer akuten Osteomyelitis.

Eine andere Form dieser Krankheit ist die Apophysitis des Fersenbeins, die meist zwischen dem 12. und 13. Lebensjahr stark auftritt

und ebenfalls durch Schwellung und starke Schmerzhaftigkeit, hauptsächlich an der Insertionsstelle der Achillessehne, ausgezeichnet ist. Das Gehen ist schmerzhaft, und die betreffenden Patt. hinken stark; doch verschwinden die Schmerzen während des Liegens fast vollständig. Außerdem sind Fälle von Apophysitis der Wirbel mit Lokalisierung in den Dornfortsätzen, von solchen in den Trochanteren und einer im Tuberkulum des Skaphoideum beobachtet und beschrieben worden.

In differenzialdiagnostischer Beziehung ist es wichtig, die Osteitis der Wirbel und des Trochanters nicht mit Pott'scher Krankheit resp. tuberkulöser Koxitis zu verwechseln. Bei Apophysitis ist der Dornfortsatz geschwollen, während er bei tuberkulöser Kyphose nur vorspringend ist, sonst aber seine normalen Dimensionen bewahrt hat. Seitlicher Druck ist bei Pott'scher Krankheit schmerzhaft, nicht bei Entzündung der Apophyse, wo nur der direkte Druck auf die erkrankte Stelle schmerzhaft empfunden wird. Schließlich ist die Wirbelsäule bei Kyphose verkürzt, bei der Apophysitis nicht.

Bei Osteitis des Trochanters ist Druck oder Schlag auf den Absatz im Hüftgelenk unfühlbar, während er bei Koxitis heftige Schmerzen auslöst. Die Bewegungen des Hüftgelenkes sind bei Koxitis aufgehoben, bei Apophysitis frei ausführbar. Auch die Kontraktur der Extremität ist bei tuberkulöser Koxitis eine viel stärkere.

Bei Neuralgie des Ischiadicus, die ebenfalls zu Verwechslungen Veranlassung geben kann, sitzt der Schmerz mehr nach rückwärts, pflanzt sich dann nach unten fort und strahlt auch nach den Seiten aus, entsprechend den Verzweigungen des Nerven.

In therapeutischer Hinsicht ist vor allem Ruhe und horizontale Lage durch 1—3 Wochen, je nach Bedarf, anzuempfehlen. Lauwarme event. Salzbäder von 15—20 Minuten Dauer wirken antiphlogistisch und beruhigend. Oberflächliche Stichelungen mit dem Paquelin und Einpinselungen mit Jodtinktur wären lokal anzuwenden. Gleichzeitig trachte man, die Kräfte durch eine reichliche Nahrung, Verabreichung von Leberthran und glyzerin-phosphorsaurem Kalk nach Möglichkeit zu heben.

Bei Übergang in Eiterung muß rechtzeitig der Herd eröffnet und mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden. **E. Toff (Braila).**

---

5) **Birchner.** Die Elfenbeinstifte bei der Behandlung von Frakturen und Pseudarthrosen und als osteoplastischer Ersatz.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 5.)

Verf. hält das Einlegen von Elfenbeinstiften bei Frakturen für indiziert: 1) wenn die indirekte Immobilisation der Fragmente aus irgendeinem Grunde unmöglich ist; 2) bei Pseudarthrosen; 3) bei tiefgehenden Knochen- und Weichteilverletznngen, wenn für den verloren gegangenen Knochen ein Ersatz gesucht werden muß.

An der Hand mehrerer Röntgenbilder verheilter Fälle zeigt er die schöne Einheilung des Stiftes, die teilweise und manchmal fast

vollkommene Resorption des Stiftes. Die Heilungstendenz der Frakturen wird durch den osteoplastischen Reiz des Elfenbeinstiftes mächtig befördert. Die Erfahrungen B.'s bestätigen aber, daß der Elfenbeinstift auch zum Ersatz verlorengegangener Knochen verwendet werden kann.

Er leugnet nicht, daß auch auf andere Weise, besonders durch lebenden Knochen, ein guter Ersatz für Knochendefekte zu erreichen ist, erklärt aber, daß der Elfenbeinstift für osteoplastische Zwecke den anderen Mitteln ebenbürtig, in Formbarkeit und in der Technik seiner Benutzung diesen sogar überlegen ist. **Gaugele** (Zwickau).

---

6) **R. Cecca** (Bologna). Sulla fisiopatologia delle sinoviali e cartilagini articolari.

(Clinica chirurgica 1907. Hft. 7.)

C. teilt die Resultate experimenteller Untersuchungen mit über einige Fragen der Pathologie der Gelenkknorpel und Gelenksynovialis. Zum Teil stimmen sie mit den längst gültigen Annahmen über die Funktionen dieser Organe überein. — C. sagt: In Gelenkshöhlen (Kniegelenk) injizierte Jodlösungen lassen sich nach 50—90 Minuten im Harn nachweisen; diese Resorption erfolgt ausschließlich durch die Synovialis, nicht durch den Gelenkknorpel. Bei Staphylokokkeninfektion knöchernen Ursprungs dringen die Keime durch die Synovialis ins unversehrte Gelenk innerhalb 10—12 Tagen ein, durch den Knorpelüberzug nur langsam und nur, wenn seine Verbindungen mit dem Knochen ganz oder teilweise geschädigt sind. Chemische oder blutige Verletzungen der Gelenkteile befördern das Eindringen der Bakterien ins Gelenk bedeutend. Bei infektiösen Prozessen knöcherner Herkunft verhält sich die Synovialis wie eine passiv filtrierende Membran, während die Gelenkknorpel eine biochemische aktive Schutzwirkung ausüben. Daraus die Aufforderung, diese Schutzmittel der Gelenke so wenig als möglich zu beschädigen, besonders durch chemische Reize.

J. Sternberg (Wien).

---

7) **B. Bone.** Über Gelenkleiden auf der Basis von Geschlechtskrankheiten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 43 u. 44.)

Der vor der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Berlin gehaltene Vortrag bringt in seinen anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen und in der Schilderung der Krankheitserscheinungen (außer der bei Lues) nichts Neues. Von Interesse ist die Tatsache, daß Verf. bei den Trippergelenken mit der Bier'schen Stauung, die er als die Idealmethode der Neuzeit bei Behandlung dieser Gelenkaffektionen mit Recht bezeichnet, durchweg gute Erfolge erzielte und nur in einem Falle von monartikulärer puerperaler Mischinfektion mit Streptokokken eine Versteifung des Kniegelenkes erlebte.

giebig seien. Er fand bei älteren Leuten sehr häufig kugelige Ausbuchtungen im Gebiete der Venenklappen, und zwar auf einer Stelle, die er, entsprechend den Sinus Valsalvae aortae, Sinusstelle der Vene nennt; dabei haben die Klappen ihre Schlußfähigkeit behalten. Mikroskopisch erwies sich die Muskulatur an dieser Sinusstelle auffällig schwach.

Die echten Varicen aber entstehen, wie schon Trendelenburg zeigte, distal von der Klappe, die dann schlußunfähig ist. L. fand bei mikroskopischer Untersuchung normaler Venen jugendlicher Individuen, daß bei einem Teile die Sinusstelle muskelschwach ist, bei einem anderen aber die muskelschwächste Stelle distal von den Klappen liegt. Individuen mit Venen der ersteren Art wären für Sinusektasien disponiert, Individuen mit Venen der zweiten Art für echte Varicen.

Haeckel (Stettin).

---

11) **W. Kotzenberg.** Beiträge zur Frage der Ernährungsstörungen der Haut von Amputationslappen.

(Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten Bd. VII. Hft. 6.)

Bei Bildung der Hautlappen sollte möglichst auf die Lage der größeren in die Haut führenden Arterienstämmchen Rücksicht genommen werden. Die Gefäßverteilung in der Haut wird von den anatomischen Lehrbüchern nur wenig berücksichtigt. Die ausführlichste Darstellung gibt Manchot. K. hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die Angaben Manchot's zu vervollständigen und die Gefäßversorgung der Haut vom chirurgischen Standpunkt aus zu untersuchen. Er benutzte die Sick'sche Injektionsmethode mittels Quecksilberverreibungen, später auch die Merkel'sche Emulsion von Zinnober und Ätheralkohol mit Glyzerinzusatz, die kalt injiziert werden kann. Die Injektionen gelingen überhaupt nur bei frischen Leichen. Nach der Injektion wurde die Haut der Extremitäten nach Anlegung eines Längsschnittes nebst der Fascie abpräpariert und mit Röntgenstrahlen photographiert.

Für den Oberarm ergibt sich, daß die Begrenzung des M. deltoides dem Verbreitungsgebiete bestimmter Arterien entspricht, deren Ursprung in dem obersten Teile der Arteria brachialis zu suchen ist. Bei Bildung von Hautlappen dürfte es sich demnach empfehlen, die Grenzen dieses Muskels zu berücksichtigen. Einen auf alle Fälle gut ernährten Stumpf erhält man mit dem Esmarch'schen Zirkelschnitte nebst darauf gesetztem Längsschnitt. Der Zirkelschnitt in Höhe der Tuberositas deltoidea ist auch der für die Hauternährung günstigste.

An der Haut des Vorderarmes sind drei Reihen von Hautgefäßen zu erkennen, entsprechend den Ästen der Arteria radialis, ulnaris und interossea. Innerhalb jeder Reihe sind zahlreiche Anastomosen, wenig aber die Reihen untereinander verbindende. Angebracht sind am Vorderarme Zirkelschnitte oder Lappenschnitte dicht am Knochen.

Die Arterien der Oberschenkelhaut teilt K. in eine mediale und eine laterale Gruppe ein, je nachdem sie medial oder lateral vom Sartorius die Fascie durchbrechen. Die Haut der Beugeseite wird durch die Adduktorensehne direkt perforierende Zweige ernährt, nur der unterste Teil der Beugeseite wird rückläufig von einer der Poplitea entspringenden und dicht an der Fascie nach aufwärts ziehenden Arterie versorgt. Es entspricht dies dem dreieckigen Hautgebiete, das am Lebenden zwischen der medialen und lateralen Gruppe der Unterschenkelbeuger sich gut abtasten läßt. Die Spitze dieses Dreieckes reicht annähernd bis zur Mitte des Unterschenkels. Es empfiehlt sich deshalb bei Amputationen des Oberschenkels in der Mitte ein Zirkelschnitt in Höhe der Spitze dieses Beugerdreieckes. Für Exartikulation und hohe Amputation des Oberschenkels ist ein Zirkelschnitt in Höhe der leicht abtastbaren unteren Grenze der Insertion des Glutaeus maximus angebracht.

Bei Exartikulationen im Kniegelenk ist die Schnittführung in Höhe der Tuberositas tibiae empfehlenswert.

Hautlappen am Unterschenkel dürften im allgemeinen günstige Ernährungsverhältnisse darbieten. Hat man aber die Wahl, dann ist der Schnitt am besten in Höhe des unteren Randes des Gastrocnemius anzulegen; denn dort ist die Grenze zwischen den Gefäßen der Poplitea und Peronea. An Händen und Füßen findet überall genügende Gefäßversorgung statt.

Ref. bedauert, daß die höchst lesenswerte Arbeit nicht in einer der Gesamtheit der Ärzte leichter zugänglichen Zeitschrift erschienen ist. **E. Moser** (Zittau).

---

12) **A. Schanz.** Handbuch der orthopädischen Technik für Ärzte und Bandagisten. 1398 Abbild. 637 S.

Jena, G. Fischer, 1908.

Zu einer Zeit, in welcher die Orthopädie große, nicht zu leugnende Fortschritte gemacht hat, welche hauptsächlich darauf hinstreben, von der orthopädischen Bandage loszukommen und die orthopädische Technik durch Vereinfachung der orthopädischen Verbandmethoden dem Arzte zugänglich zu machen, erscheint das umfangreiche S.'sche Buch beim ersten Anblick ein gewagtes Unternehmen. Der Verf. beabsichtigt mit dem vorliegenden Buche dem Arzte eine Anleitung zu geben zur Beantwortung der Frage, bei welchen Krankheiten man orthopädische Apparate verwenden kann und was man mit ihnen erreichen kann.

Da in der Literatur nur sehr wenig und knapp gehaltene Darstellungen der gesamten orthopädischen Technik existieren, hat der Verf. sich der großen Mühe unterzogen, alle die zerstreuten Beschreibungen einzelner Apparate zusammenzustellen und kritisch zu ordnen. Das Buch soll dem Spezialarzt ein Nachschlagebuch sein, in dem er sich darüber orientieren kann, mit welchen Konstruktionen andere vor ihm diese oder jene Aufgabe zu lösen versucht haben, es

soll dem Arzt ein Ratgeber in orthopädischen Fragen sein und dem Bandagisten ein Wegweiser bei seiner Arbeit. Man kann nicht leugnen, daß sich Verf. eine große Aufgabe gestellt hat, besonders da er sich an Ärzte und Laien wendet.

Sehen wir zu, wie S. die gestellte Aufgabe löst, so finden wir zunächst in einem ausführlichen allgemeinen Teile eine ganz ausgezeichnete Darstellung alles Wissenswerten. Die Kapitel über orthopädisch-technische Anatomie und Physiologie, Herstellung der Modelle und die verschiedenfachen Materialien und Techniken sind mustergültig. Hieran schließt sich ein spezieller Teil, in welchem an der Hand der einzelnen orthopädischen Erkrankungen nach kurzer Besprechung der sonstigen Behandlung und Indikationsstellung die einzelnen der jemals von den verschiedensten Seiten anempfohlenen Apparate dargestellt sind und, nach gemeinsamen Gesichtspunkten geordnet, kritisch besprochen werden. Während in dem allgemeinen Teile der Arzt einen genauen Einblick in die Art der orthopädischen Technik erhält, macht sich im speziellen Teile die Loslösung der rein technischen Frage von der sonstigen chirurgisch-orthopädischen Behandlung störend geltend. Wenn auch Verf. stets auf die Notwendigkeit dieser Behandlung hinweist, so fürchte ich doch, daß der nicht orthopädisch ausgebildete Arzt und besonders der Bandagist die Überzeugung gewinnt, daß die moderne Orthopädie immer noch nur im Anlegen von Bandagen besteht und die Erfolge nur von der Güte und Kompliziertheit des jeweiligen Apparates abhängig sind. Besonders auffallend ist mir das Kapitel über die angeborene Hüftluxation, bei der wir so gut wie ohne Apparat auskommen. Nach der S.'schen Abhandlung wird der nicht eingeweihte Arzt nur finden, daß die Apparatbehandlung immer noch notwendig ist, und der Bandagist wird nach wie vor diese Leiden selbständig behandeln und die Zeit zur Einleitung der ärztlichen Behandlung hinzögern. Dasselbe gilt für die Darstellung der Apparate zur Redression rachitischer Deformitäten, des Genu valgum und zum Teil der Skoliose und des Klumpfußes, besonders des nicht völlig redressierten.

Es ist trotzdem ein großes Verdienst des Verf.s, daß er die vielen Apparate zusammengestellt hat und besonders durch gute Abbildungen das Wesen der Konstruktion dem Leser genau vorführt. Der Fachmann wird über die Entwicklung der Orthopädie in hervorragender Weise orientiert, und findet eine Fülle von technischen Einzelheiten, die ihm bei besonders schwierigen Fällen wichtige Fingerzeige geben. Dem Nichtfachmann oder gar dem Laien möchte ich das Buch nicht ohne weiteres in die Hand geben, und zwar gerade aus dem Grunde, weil die ärztliche Ausbildung in der Orthopädie noch eine unzulängliche ist. In der Hand des orthopädisch geschulten Arztes, der die Indikationsstellung beherrscht und bereits Erfahrung über Apparatwirkung hat, ist das Buch ein willkommener und bald unentbehrlicher Ratgeber. Als solcher füllt das gut ausgestattete, übersichtlich und gut geschriebene Buch eine Lücke in unserer Literatur aus.

Einige störende Druckfehler an exponierter Stelle in Überschriften, wie gonotische Deformität und tuberkulose Hüftgelenkentzündung will ich nur nebenbei erwähnen. **Drehmann** (Breslau).

---

13) **M. Böhm.** Die numerische Variation des menschlichen Rumpfskeletts. Eine anatomische Studie mit 52 Abbildungen. 92 Seiten.

Stuttgart, **Enke**, 1907.

Das vorliegende Buch bildet eine Ergänzung zu den früheren Veröffentlichungen desselben Autors über die Ätiologie der Skoliose (ausführlich referiert dies. Zentrbl. 1907 p. 732). Es bringt eine genaue Beschreibung der Kollektion numerisch variierender Wirbelsäulen, welche, von dem Anatomen Dwigth in Boston zusammengestellt, sich im dortigen Warren-Museum befinden. Auffallend sind die Geringgradigkeit der skoliotischen Verbiegung bei den abgebildeten, Erwachsenen angehörigen Skletten und die geringen Torsionsveränderungen an den Rippen.

Das kleine Bueh bildet eine wichtige Ergänzung unserer Lehrbücher der normalen Anatomie. **Drehmann** (Breslau).

---

14) **F. Brenner.** Über klinisch latente Wirbeltuberkulose.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. I. Hft. 2.)

B. macht darauf aufmerksam, wie häufig Wirbeltuberkulose auch in weit fortgeschrittenen Fällen klinisch übersehen wird. Unter 2500 in Frankfurt a. M. ausgeführten Sektionen fanden sich 39 Fälle von ausgesprochener tuberkulöser Wirbelerkrankung. Von diesen haben 22 (ca. 56%) trotz schwerer Veränderungen keine oder nicht zur Diagnose führende Erscheinungen gemacht. Bei dieser Berechnung sind alle die Fälle, wo nur ein unbedeutender kleiner Herd vorhanden war, oder wo bei generalisierter Tuberkulose sich die bekannten kleinen Herde in den Wirbeln fanden, außer Betracht gelassen.

Aus dem Untersuchungsmaterial geht hervor, daß tuberkulöse Wirbelerkrankungen bei Erwachsenen durchaus nicht selten sind, die Diagnose aber seltener gestellt wird als bei Kindern. Offenbar verdecken bei Rezidiven die aus der Kindheit stammenden Formveränderungen die frischen Krankheitsprozesse, und zweitens führt die Erkrankung bei Erwachsenen nicht so leicht zu Deformitäten, wie bei Kindern.

Die untere Brust- und obere Lendenwirbelsäule wird am häufigsten betroffen, während die Halswirbel mit Ausnahme der beiden obersten meist frei bleiben. Dies spricht für einen disponierenden Einfluß der statischen Belastung.

Die Zwischenwirbelscheiben werden meist sekundär vom Knochen aus befallen, doch kommt auch primäre Tuberkulose der Zwischenwirbelscheiben vor. — Prävertebrale Abszesse verbreiten sich manch-

mal auch in aufsteigender Richtung vom Ausgangspunkt, in einem Falle vom 11. Brustwirbel bis zu der Halswirbelsäule. Auch bei gewaltiger Ausdehnung werden sie klinisch auffallend häufig übersehen.

Schädigungen des Rückenmarkes sind relativ selten; vorübergehende Reizerscheinungen (Schmerzen) können wiederholt in großen Abständen auftreten und spontan zurückgehen.

Häufig ist die Wirbeltuberkulose mit generalisierter Miliartuberkulose kompliziert. Diese von Knochentuberkulose ausgehende Miliartuberkulose zeichnet sich durch relativ spärliche, aber verschieden große Knötchen aus; die Aussaat muß also relativ langsam vor sich gehen.

In allen Fällen von Wirbeltuberkulose fanden sich auch andere tuberkulöse Prozesse im Körper.

Der Einfluß des Traumas muß zweifelhaft bleiben; in mehreren Fällen sowohl unter den diagnostizierten als den nicht diagnostizierten fand sich ein Trauma in der Anamnese angegeben. Für die Diagnose könnte vielleicht ein Kleinerwerden der Pat. auf Zerstörung der Zwischenwirbelscheiben hinweisen. Bei allen Abszessen am Thorax ist die Wirbelsäule genau zu untersuchen, auch wenn die Abszesse von den Rippen auszugehen scheinen. Mit Sicherheit ist der Ausgangspunkt in den Wirbeln zu suchen, wenn sich — sei es auch nur vorübergehend — auf der anderen Seite ebenfalls eine Abszeßbildung zeigt.

Die Erkrankung der Lendenwirbelsäule bereitet infolge der normalen Lordose der Diagnose die größte Schwierigkeit. Bei allen paranephritischen und bei zweifelhaften periproktalen und paramechen Exsudaten sollte die Wirbelsäule genau untersucht und der Ausgangsort der Abszeßbildung in Erwägung gezogen werden.

Trappe (Breslau).

---

15) **Bardenheuer.** Behandlung der Frakturen des Oberarmes, in specie im Gebiete der Schulter mit Einschluß des oberen Drittels des Humerus unter Berücksichtigung der gleichzeitigen Behandlung des mitverletzten Gelenkes.

(Med. Klinik 1907. p. 1321.)

Von dem Hauptgesichtspunkt ausgehend, daß frühzeitige gymnastische Behandlung ohne Schädigung der Heilung des Knochenbruches erforderlich ist, erläutert B. an der Hand von Zeichnungen und Röntgenbildern die Anlegung und Wirkung des Zugverbandes bei Verletzungen des äußeren Schlüsselbeinendes, des Schulterblatthalses, des Rabenschnabelfortsatzes, des oberen Endes und des Schaftes des Oberarmknochens, des Ellbogengelenkes. Wo die Extension nach oben oder oben außen nicht ausgeführt werden kann, wird die Federextensionsschiene benutzt. Die am unteren Oberarmdrittel so häufige Pseudarthrose oder verzögerte Heilung hat B. nie beobachtet. Wenn der Verdacht auf Versprengung von Bruchstückchen in die Muskeln,

ins Gelenk besteht, besonders am Ellbogengelenke, sind Massage und passive Bewegungen nicht angezeigt, da danach, wie B. mehrfach gesehen hat, myositische Neubildungen, periostale Auflagerungen entstehen, welche die Bewegungen stark hemmen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

16) **Knoke.** Beitrag zur Behandlung dér suprakondylären Humerusfrakturen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 165.)

K. beschreibt die in der Helferich'schen Klinik übliche Behandlungsart der suprakondylären Oberarmbrüche mittels Kramerscher Drahtschiene. Der Ellbogen steht rechtwinklig gebeugt, der Vorderarm supiniert, und wird die Schiene am Oberarm auf dessen laterale, am Vorderarm auf dessen Dorsalseite anbandagiert. Dabei kommen zwei Extensionszüge in Arbeit: der erste distrahiert die Humerusfragmente, der zweite zieht den Vorderarm distalwärts. Die am Vorderarm und bis oberhalb des Ellbogens fest angewickelte Schiene überragt die Schulter mit ihrem oberen Ende, das bügelförmig nach einwärts gebogen und mittels unter die Achsel geführten Bindetouren nach unten gedrückt wird. Der damit erreichte Schub des vertikalen Oberarmteiles der Schiene nach unten vermittelt die Extension. Zur Extension des Vorderarmes werden auf diesen in gewöhnlicher Weise Heftpflasterstreifen gelegt, die in Gummischnüre endigen, welche, an dem über die Fingerspitzen reichenden Drahtschienenende befestigt, den gewünschten Zug ausüben.

Die Resultate mit diesem Verfahren befriedigten, wie die hinzugefügten kurzgefaßten Berichte über 15 in Behandlung gewesene Fälle dartun.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **A. Bum.** Perineurale Infiltrationstherapie der Ischias.

(Wiener med. Presse 1907. Nr. 46.)

Verf. stimmt Lange bei, daß es nicht die chemische, sondern ausschließlich die mechanische Wirkung der perineural eingespritzten Flüssigkeitsmenge ist, die bei der Infiltrationstherapie der Ischias in Frage kommt. Es muß also eine einfache isotonische Kochsalzlösung dieselben Effekte ergeben, wie die Eukain-Chlornatriumlösung, vorausgesetzt, daß die Flüssigkeit unter kontinuierlichem, möglichst hohem Druck injiziert wird. Verf. hat unter 67 Fällen 42 = 62,6% vollkommene Heilungen und 14 = 20,8% erhebliche Besserungen. Er hält die Infiltrationstherapie für angezeigt bei allen Formen unkomplizierter, essentieller, subakuter und chronischer peripherer Ischias. Akute Fälle von Ischias eignen sich nicht für diese Behandlung, obgleich Lange auch hier gute Resultate hat.

Paul Wagner (Leipzig).

---

18) P. Graf. Einige Bemerkungen zur Zerreißung der Kniekehlengefäße.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 241.)

Um den mechanischen Vorgang der Zerreißung der Kniekehlengefäße bei den Verrenkungen im Kniegelenke klarzulegen, hat G. im Kieler pathologischen Institut Leichenversuche vorgenommen. Die Poplitealgefäße sind an der Austrittsstelle aus dem Adduktorenschlitz einerseits, an ihrem Eintritt unter den M. soleus andererseits sehr fest fixiert; der zwischen diesem festen Punkte begrenzte Teil von ihnen, lockerer beweglich, unterliegt der bei Verrenkungen eintretenden Überdehnung. Die Gelegenheit zu einer Zerreißung ist nun bei einem Austritt der Tibia nach vorn ungleich günstiger als bei einem Abweichen derselben nach hinten. In letzterem Falle hebt sich der ganze lange femorale Teil der A. poplitea vom Adduktorenschlitz bis zur Gelenkspalte allmählich vom Femur ab und steigt sanft zur hinteren Kante der Tibia hinab, um über sie in einem sehr stumpfen Winkel unter mäßiger Spannung zu ziehen. Verrenkt dagegen die Tibia nach vorn, so wird die hintere Gelenkkapsel quer eingerissen und spannt sich zwischen die beiden Oberschenkelkondylen als Brücke über die Fossa intercondylica. Jetzt gerät das nur 4—5 cm lange Stück der Gefäße vom Gelenkspalt an bis zum Eintritt unter den Soleus in Überdehnung und reißt viel leichter als der lange femorale Gefäßabschnitt im ersten Falle. (Vgl. zwei dies erläuternde Zeichnungsskizzen.) Die Gefahr steigert sich durch hinzukommende Überstreckung des Knies, da diese die Spannung der Gefäße noch weiter erhöhen muß.

Anregung zu diesen Untersuchungen lieferte ein Fall der Kieler Klinik, in dem wegen traumatischer Zerreißung der Kniekehlengefäße der Unterschenkel gangränös geworden war und amputiert werden mußte. Die Entstehungsweise des Gefäßrisses war hier nicht sicher feststellbar. Außer Kapselrissen war leichte Tibiasubluxation nach hinten erweislich, und wahrscheinlich hatte auch hier eine Knieüberstreckung vorgelegen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

19) Le Fort. Le genu recurvatum acquis.

(Arch. génér. de chir. 1907. Oktober u. November.)

Die ausführliche auf 90 persönliche Erfahrungen gestützte Arbeit befaßt sich lediglich mit dem erworbenen Genu recurvatum nach Kniegelenksentzündungen und ihren Folgen und ergänzt so eine frühere Arbeit (Revue d'orthopédie 1897), die sich auf die Formen des Genu recurvatum beschränkte, die nicht mit entzündlichen Veränderungen des Gelenkapparates zusammenhängen. In der vorliegenden Arbeit schildert Verf. unter Berücksichtigung der Literatur die Biegung des oberen Epiphysen-Diaphysenendes der Tibia (»Tibia recurvata«), die zum Genu recurvatum adolescentium führt, die akute traumatische, die gonorrhoische, die osteomyelitische, die luetische und tuberkulöse

Arthritis, soweit sie das bewegliche oder ankylosierte Genu recurvatum veranlassen. Zahlreiche Einzelheiten und 12 schematische Figuren erläutern die Pathologie und das Zustandekommen der nicht durch Knochendeformation bedingten Stellungsanomalie, deren rationelle Behandlung erst unter Berücksichtigung der Pathogenese möglich ist.

Strauss (Nürnberg).

---

20) **A. Kirchner.** Zur Frage der juvenilen Frakturen der Tuberositas tibiae, Tuberositas navicularis und des Tuber calcanei.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 3.)

Schlatter und nach ihm Haglund haben Fälle publiziert, die das häufigere Vorkommen von Frakturen an der Tuberositas tibiae, der Tuberositas navicularis und an der Epiphyse des Calcaneus auf Grund der Röntgenbilder erweisen sollen. K. ist der Ansicht, daß es sich bei den beschriebenen Fällen von Fersenbeinbrüchen um den physiologischen Vorgang der Epiphysenverknöcherung aus zwei Kernen handelt, und daß schon das klinische Bild eine Fraktur unwahrscheinlich mache. Bei den Fällen ferner, bei denen Haglund die Tuberositas navicularis von einem Bruch betroffen annahm, hat es sich um das Tibiale externum gehandelt, wie schon aus dem bilateralen symmetrischen Befunde hervorgeht.

Bezüglich der Fraktur der Tuberositas tibiae glaubt Verf., daß Abreißungen eines Teiles des unteren Tuberositaskernes vorkommen mit einem typischen Befund, aber er bezeichnete auch diese Fälle als selten, wenn sie auch etwas häufiger sein mögen als Totalabreißungen der ganzen Tuberositas. Wichtig ist es zu wissen, daß sich auch entzündliche Zustände der Tuberositas tibiae im Röntgenbilde markieren können, und daß die Tuberositas selbst bei verschiedenen Individuen während der Ossifikation des Knochenkernes ein außerordentlich mannigfaches Bild bietet, das an beiden Knien verschieden gestaltet sein kann.

Auf Grund seiner Darlegungen gibt K. der Meinung Ausdruck, daß Knochenkernverletzungen am Calcaneus nicht einwandsfrei erwiesen sind, am Naviculare nicht vorkommen und an der Tuberositas tibiae nicht so häufig zu finden sind, wie Schlatter und Haglund glauben.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

21) **Ochsner.** Potential and acquired static flat foot.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 21.)

Plattfuß ist viel verbreiteter und macht viel mehr Beschwerden, als man heute noch anzunehmen geneigt ist. Der letzte Grund zu seiner Entstehung liegt weit häufiger in einer allgemeinen Muskelschwäche als in einer Erschlaffung einzelner besonderer Muskelgruppen. Die ersten Symptome und Veränderungen fallen in die Pubertätszeit; dann ist auch die Behandlung am aussichtsvollsten. Sehr oft wird er nicht richtig diagnostiziert.

Das größte Gewicht legt O. auf ein gründliches, regelmäßiges und genau vorzuschreibendes Training der gesamten Körpermuskulatur, speziell natürlich der Unterschenkelmuskulatur, und empfiehlt in erster Linie Schreber's und Hoffa's Vorschriften.

Von großer Wichtigkeit ist die Anweisung, die Füße beim Gehen und Stehen parallel, nicht auswärts rotiert aufzusetzen, wie das noch allgemein im Turnunterricht und beim Heer verlangt wird.

Die Stiefel sind heutzutage besonders deshalb fehlerhaft, weil sie den Fuß in eine Abduktionsstellung bringen. Sie sollten nach Gipsabgüssen der Füße bei leichter Adduktion und Supination angefertigt werden.

Heftpflasterverbände sind nach O.'s Ansicht besonders geeignet, den Zustand zu bessern bzw. zu beseitigen.

Abbildungen von Fußabdrücken, Stiefeln, Heftpflasterverbänden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

22) **Stein und Preiser.** Ein Röntgenfrühsymptom bei Pes plano-valgus.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 6.)

Sehr häufig führt die schmerzhafte Schwellung an Fuß und Zehen zu der Fehldiagnose »Gicht«, besonders wenn spontan oder nach anstrengendem Marsch ein Ödem am Übergange von den Zehen zum Mittelfuß auftritt. Nicht selten liegt hier aber, namentlich beim Befallensein der 2.—5. Zehe ein anderer Prozeß vor. Verf. behandelt eine ganze Reihe solcher Fälle von schmerzhafter Schwellung in den Zehen, kombiniert mit Plattfluß bei schmerzfreiem Mittelfuß, bei denen die für Gicht erklärte Schwellung der 2.—5. Zehe auf Verordnung von Plattfußeinlagen für immer verschwand. Diese eigenartige Zehenschwellung befand sich hauptsächlich bei Pat., bei denen das Fußgelenk noch erhalten, bereits aber eine deutliche Knickfußstellung vorhanden war. In solchen Fällen fanden nun die Verff. meist einen typischen Röntgenbefund. Die mediale Seite der Grundphalangen der 2.—5. Zehe, meist der 2. und 3. Zehe, wies unscharfe, verwaschene Konturen, in ausgeprägteren Fällen direkt periostitische Schatten und Ossifikationen auf, bei völlig scharfen Linien der lateralen Seite der Grundphalangen. Diesem Befund entsprach klinisch die Schwellung und Rötung und ein bei Tastung der Innenseite der Grundphalange der 2.—5. Zehe recht empfindlicher Druckschmerz, während die Außenseite der betreffenden Grundphalanx stets schmerzfrei war. Flexion und Extension der betreffenden Zehen war meist schmerzhaft.

Wahrscheinlich hat man es bei dieser Periostitis mit einer Wirkung der medialen Interossei zu tun, und zwar dürfte es sich hier mehr um den Ausdruck der aktiven Tätigkeit dieser Muskeln, als den einer passiven Überstreckung handeln, da Pat. offenbar bei beginnendem Plattfuß instinktiv oder reflektorisch durch Innervation der medialen Interossei einmal der Spreizung des Vorfußes entgegenzuarbeiten und ferner durch die durch sie bewirkte Beugung des Grundgliedes bei

gleichzeitiger Streckung der 2. und 3. Phalangen das Fußgewölbe zu erhalten sucht. Man hat also in der charakteristischen medialen Periostitis der Grundphalangen ein differentialdiagnostisches wichtiges Frühsymptom des Plattfußes.

Gaugele (Zwickau).

23) **Smith.** Morton's painful foot — anterior metatarsalgia.

(Pacific med. journ. 1907. November.)

S. führt die Morton'sche Krankheit, die Metatarsalgie, nicht auf eine Erkrankung der Plantarnerven, wie die meisten Autoren, sondern auf Schädigung der Gelenkknorpel durch Druck schlecht sitzenden Schuhwerkes zurück. Infolge von Inversion des vorderen transversalen Metatarsalbogens und Dorsalflexionsstellung der Zehen lastet das Körpergewicht hauptsächlich auf den Köpfchen der Mittelfußknochen; der Gelenkknorpel hierselbst erleidet alsbald Druckveränderungen und wird schmerzhaft. S. empfiehlt daher, durch einen Gipsverband den vorderen Metatarsalbogen zu redressieren und durch Heftpflasterschlingen, die in die Sohlenfläche des Verbandes mit eingegipst werden, jede einzelne Zehe in starker Beugestellung zu fixieren. Der Kranke geht in diesem Verband einige Wochen umher und trägt sodann eine Einlage im Schuh, die den vorderen Metatarsalbogen stützt.

Mohr (Bielefeld).

24) **Blecher.** Die Behandlung der Fußgeschwulst mit Heftpflasterverbänden.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1907. Hft. 21.)

Angeregt durch die guten Erfolge, die bei Verstauchungen des Fußgelenkes durch die Gibney'schen Heftpflasterverbände erzielt werden, hat B. diesen Verband seit $1^1/_2$ Jahren bei allen Fällen von Fußgeschwulst — Knochenhautentzündungen und Mittelfußknochenbrüchen — angewandt. Er benutzt daumenbreite, 40 cm lange Streifen von gleichmäßig gestrichenem Heftpflaster. Bei stark dorsal flektiertem Fuße, den der Kranke selbst durch einen um die große Zehe gelegten Zügel in dieser Lage erhalten kann, wird der erste Streifen in folgender Weise angelegt: Von der Rückseite des 1. Mittelfußknochenköpfchens zur Fußsohle, schräg über diese hinweg bis ungefähr zur Mitte des 5. Mittelfußknochens, dann schräg über den Fußrücken an die Innenseite des Unterschenkels, etwas nach hinten verlaufend. Der zweite Streifen beginnt auf der Rückseite des 5. Mittelfußknochens, geht über die Fußsohle schräg nach der Basis des 1. Mittelfußknochens, auf den Fußrücken und dann zur Außenseite des Unterschenkels. Die nächsten Streifen, die abwechselnd am 1. und 5. Mittelfußknochen beginnen, werden mehr zentralwärts angelegt und decken die vorhergehenden dachziegelförmig. Über die Heftpflasterstreifen wird eine Flanell- oder Cambricbinde bis unterhalb des Kniegelenkes fest angelegt. Der Verband stellt die Mittelfußknochen fest aneinander; nach B. soll er auch die mittleren Mittelfußknochen beim Auftreten

vor der Berührung mit dem Boden schützen (? Ref.). Der Verband bleibt 2—3 Wochen liegen, die Kranken können dauernd aufbleiben.

Herhold (Brandenburg).

25) **Budde.** Zur Frage der ausgedehnten Resektionen an Tarsus und Metatarsus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 573.)

B. berichtet einen einschlägigen eigenen, mit gutem Erfolge behandelten Fall, um hieran eine literarische Zusammenstellung über ausgedehnte Fußwurzel- und Mittelfußresektionen mit kritischer Beleuchtung der erzielten Resultate anzuschließen.

In zwei statistischen Tabellen stellt er 17 ausgedehnte Resektionsfälle am Tarsus und 26 solche, betreffend Tarsus und Metatarsus, zusammen. Aus den Daten derselben zieht er folgende Schlüsse:

1) Die fraglichen Operationen sind fast stets Amputationen im Tarsus oder Metatarsus vorzuziehen.

2) Das Resultat derselben ist ein erfolgreiches, d. h. ein der Amputation überlegenes in 65% der Fälle; die Mortalität beträgt 13 bis 14%.

3) Die Hauptindikationen für die Operationen gibt die Tuberkulose der Fußwurzel- und Mittelfußknochen.

4) Im jugendlichen Alter (unter 25 Jahren) sind die Resultate am besten. »Erfolgreiches« Resultat in 77,3% der Fälle, Mortalität 9,1%.

5) Die Zahl und Anordnung der resezierten Knochen ist für den Erfolg vollkommen gleichgültig.

6) Man muß darauf bedacht sein, dem Fuß mindestens zwei Stützpunkte zu erhalten.

7) Die Ansicht Borchardt's, daß eine Amputation sämtlicher Metatarsi der Resektion der drei inneren vorzuziehen sei, ist nicht aufrecht zu erhalten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

26) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

168. Sitzung, den 13. Januar 1908 im Krankenhause Moabit.

Vorsitzender: Herr Sonnenburg.

1) Herr Sonnenburg widmet dem Andenken des verstorbenen Vorstandsmitgliedes Albert Hoffa einige herzliche Worte.

2) Herr M. Cohn: a. Ein Fall von Lungenemphysem, operiert nach W. A. Freund.

Der Pat., 45 Jahre alt, leidet seit 20 Jahren an Emphysem, seit 5 Jahren an asthmatischen Beschwerden, die in letzter Zeit so heftig wurden, daß er seinen Beruf ganz aufgegeben hat. Dabei bestand Dilatation des rechten Herzens, starke Stauung in den Venen. C. machte die Resektion der 2., 3., 4., 5. Rippe rechterseits an der Knorpelknochengrenze in Länge von 2—3 cm mit Entfernung von

Periost und Perichondrium. Einführung von Jodoformdochten oben und unten, Naht. Glatte Wundheilung. Der Zustand hat sich sowohl subjektiv wie objektiv sehr gebessert. Die Lungen sind gut verschieblich. Die Ausdehnung der oberen Thoraxapertur beträgt statt 1 cm jetzt 5 cm. Die epigastrische Pulsation hat fast ganz aufgehört, die Venen, welche am Bauche fast kleinfingerdick waren, zeigen normale Füllung. Pat. hat 4 Wochen nach der Operation seinen Beruf wieder aufgenommen.

b. Traumatische Knochengeschwulst.

In unmittelbarem Anschluß an einen Fall auf die Hand entwickelte sich an der Grenze zwischen unterem und mittlerem Drittel der Ulna eine kleinapfelgroße Geschwulst, die, wie das Röntgenbild zeigt, den Radius erheblich usuriert hatte. Die Exstirpation, die C. von der Streckseite ausführte, war ziemlich schwierig, da die Geschwulst fest eingekeilt war. Histologisch handelte es sich um ein Osteochondrom. C. meint, daß bei dem Falle das Lig. interosseum an der Ulna abgerissen sei, und daß eine mitgelöste Knochenspange den Kern für die Geschwulst abgegeben habe.

c. Rötgenologisches.

1) Demonstration von Nierensteinplatten, aufgenommen als Übersichtsbilder 40 : 50 ohne Blende mit möglichster Ausschaltung der abdominalen Atmung (durch den Hirschmann'schen Fixationsgurt) und nach Aufblähung des Dickdarmes mittels Luft.

2) Demonstration einer Pat. mit hochgradigster Verkalkung der Bauchgefäße mit den Erscheinungen der Angina abdominalis. Auf dem Röntgenbild ein Konkrementschatten, der mit einem Harnleiterstein verwechselt werden könnte, aber auf Kalkeinlagerungen in die Art. iliaca sin. beruht. Wegen der Ähnlichkeit der Krankheitserscheinungen wäre diese Verwechslung um so bedeutungsvoller.

3) Herr Mühsam: Pyocyanasebehandlung der Diphtherie.

M. hat mit der von Emmerich und Loew dargestellten Pyocyanase, dem bakteriolytischen Enzym des Bacillus pyocyaneus, kulturelle Versuche angestellt und den Einfluß des Mittels auf Diphtherie nach dem Vorgange von Zucker und Emmerich erprobt. Im Kulturverfahren wurden, wie auch von anderer Seite, sehr energische entwicklungshemmende Eigenschaften gefunden. Die Einwirkung auf Diphtherie äußert sich in raschem Einschmelzen der Beläge und günstiger Beeinflussung des Allgemeinbefindens in einer Reihe von Fällen. Das Präparat wurde meist neben der Serumtherapie angewendet. Eine zurzeit in Berlin herrschende schwerere Diphtherieepidemie gestattete, die Wirkung auch auf schwerere Fälle zu studieren. Das Fieber ging bei einer erheblichen Anzahl der Kranken nach der Behandlung rasch herunter. Die Behandlung besteht darin, daß die Flüssigkeit dem Kranken, nachdem die Zunge kräftig herabgedrückt worden ist, auf die erkrankten Stellen mit einem Sprayapparat aufgeblasen wird. Dies wird 3mal täglich, im Anfang der Erkrankung noch öfter gemacht. Während jeder derartigen Sitzung werden 3 Einblasungen mit je 10 Minuten Pause gemacht. Ob eine Heilwirkung dem Mittel tatsächlich zukommt, können erst weitere große Erfahrungen lehren. Jedenfalls wird man bei aller Skepsis einen günstigen Einfluß in einer Reihe von Fällen nicht abstreiten können und zu weiterer Anwendung — natürlich neben der Serumbehandlung — angeregt. Weitere Untersuchungen werden lehren, ob auch chirurgische Infektionskrankheiten durch das Präparat beeinflußt werden können.

Diskussion. Herr W. Braun (Krankenhaus Friedrichshain) berichtet über seine Erfahrungen mit der Pyocyanase. Er teilt mit, daß er in 55 Fällen die Pyocyanase angewandt hat und zunächst nie einen Nachteil von der Behandlung gesehen hat. Es handelte sich um 37 Fälle von Diphtherie, und zwar in erster Linie um Fälle mit zweifelhafter oder schlechter Prognose. Bei den weit herabreichenden, äußerst quälenden, trockenen Formen wurde eine Verflüssigung des Sekrets und damit eine wesentliche Erleichterung des qualvollen Zustandes beobachtet. Das Mittel wurde hier durch die Trachealkanüle eingeträufelt. Bei septischen Diph-

therien wurde vor allem eine günstige Beeinflussung der Nasendiphtherie gesehen; bei einem Kinde schien die Rettung auf die dadurch bedingte Beschränkung der Resorption der Toxine zurückzuführen zu sein.

Weiter versuchte B. das Mittel bei Phlegmonen, phlegmonösen Abszessen und flächenhaften Ulzerationen; hier wurde mehrfach die schnelle Verflüssigung der Beläge und Reinigung der Geschwüre konstatiert; in 2 Fällen war die rasche Bildung gesunder Granulationen und schnelle Vernarbung auffällig; schließlich verlief ein mit Injektion verdünnter Pyocyanase behandelter Achselabszeß überraschend schnell. B. steht auf dem Standpunkte, daß man berechtigt ist, weitere Erfahrungen über die Wirksamkeit der Pyocyanase, allerdings mit größter Vorsicht und mit Hilfe sehr großer Versuchsreihen, zu sammeln.

4) Herr Sonnenburg: Rizinusbehandlung der akuten Appendicitis.

S. weist darauf hin, daß man danach streben muß, die Frühdiagnose der akuten Appendicitis zu fördern. Neben den schweren Fällen von Appendicitis destructiva, die sofort operiert werden müssen, gibt es doch eine große Zahl von Fällen, bei denen ein operativer Eingriff zunächst nicht notwendig ist. Neben den bekannten klinischen (allgemeinen und lokalen) Symptomen ist zur anatomischen Unterscheidung besonders das Verhalten von Puls, Temperatur und Leukocytose wichtig. An der Hand von an einem großen Material berechneten Durchschnittszahlen läßt sich eine große Gesetzmäßigkeit dieser Symptome nachweisen. Die leichteren Fälle von akuter Appendicitis, bei denen die Temperatur, Pulsfrequenz und Leukocytose die sonst bei Appendicitis simplex gefundenen Durchschnittswerte (37,5; 92; 15000) nicht überschritten, hat S. im letzten Jahre mit gutem Erfolg mit Rizinus behandelt. Erkrankungen mit höheren Durchschnittsziffern erfordern die sofortige Operation, ohne daß vorher Rizinus gegeben wird. Eine Rizinusbehandlung des Anfalls ohne gleichzeitige Berücksichtigung des Pulses, der Temperatur, besonders aber auch der Leukocytose hat keinen Zweck. Die Rizinusbehandlung kam in 111 Fällen, und zwar bei 51 in den ersten 48 Stunden und bei 60 später im Anfall vorgenommenen Fällen zur Anwendung, von denen keiner gestorben ist.

Eine schädliche Wirkung wurde nie beobachtet, es gingen vielmehr alle Erscheinungen, allgemeine und lokale, auffallend rasch zurück. S. betont trotz seiner günstigen Resultate ausdrücklich, daß sich diese Behandlung nur für ein Krankenhaus eignet, wo eine fortgesetzte Überwachung der Kranken möglich und chirurgische Hilfe stets sofort zur Stelle ist. Denn wenn die Erscheinungen sich nicht bald bessern, oder gar eine Verschlimmerung eintritt, so muß sofort operiert werden. Bei den 111 mit Rizinus behandelten Fällen war dies 4mal nötig; stets erfolgte der Eingriff noch rechtzeitig und führte zu glatter Heilung.

Der Vorteil der Rizinusbehandlung ist besonders darin zu suchen, daß sie dazu beiträgt, Fehldiagnosen zu vermeiden. Unter den Krankheiten, die ein der Appendicitis ähnliches Symptomenbild vortäuschen können, ist besonders die Gastroenteritis und Typhlokolitis zu erwähnen, bei welcher sich auch Druckempfindlichkeit in der Blinddarmgegend in der Regel vorfindet. Die hier durch das Rizinus bewirkte schnelle Besserung wird uns vor einem unnötigen operativen Eingriff bewahren. Außerdem klärt uns demnach diese »chirurgische« Rizinusbehandlung über die Prognose auf: tritt ein rascher Abfall nach der Wirkung der allgemeinen und lokalen Symptome ein, so bleiben wir vor weiteren unangenehmen Überraschungen bewahrt.

Zum Schluß hebt S. noch einmal hervor, daß durch die Rizinusbehandlung die Frühoperation, die er als eine hervorragende Errungenschaft der modernen Chirurgie bezeichnet, nicht in ihrem Recht geschmälert werden soll. Die Zahl der in Moabit ausgeführten Frühoperationen hat von Jahr zu Jahr absolut und relativ zugenommen.

Diskussion: Herr Rotter meint, daß die Diagnose auf Appendicitis im allgemeinen mit hinreichender Sicherheit gestellt werden kann. Nur in einzelnen Fällen lag eine andere Krankheit vor. Dagegen ist man oft nicht imstande, den Grad der Schwere festzustellen. Unter 100 Fällen handelte es sich 12mal um eine

Appendicitis destructiva, wo eine Appendicitis simplex diagnostiziert worden war. Wenn mit der Rizinusbehandlung in einer Musteranstalt nicht geschadet wird, so darf doch die Behandlung nicht in die Praxis übergreifen. Wenn durch Rizinus auch nicht direkt eine Perforation verursacht werden kann, so glaubt R. doch, daß durch die starke Peristaltik Verklebungen zerstört und Infektionsmaterial weiter verbreitet werden kann. Es kommt noch hinzu, daß auch der Beginn der Appendicitis oft schwer zu bestimmen ist. R. will lieber in allen Fällen die Frühoperation als die sichere Methode ausführen.

Herr Karewski stellt die Frage, ob bei der Rizinusbehandlung ein wesentlicher Unterschied gegenüber der abwartenden indifferenten Behandlung beobachtet wurde.

Herr Körte behandelt die leichten Fälle gleichfalls abwartend. Aus diagnostischen Gründen Rizinus zu geben, scheint ihm nicht empfehlenswert.

Es kommt vor, daß man bei der Operation weniger findet als man vermutet. Aber viel häufiger irrt man sich darin, daß man mehr findet. Er fürchtet ungünstigen Einfluß durch die Peristaltik infolge von Rizinus. Unter 222 in das Krankenhaus eingelieferten Fällen waren 9 vorher (außerhalb) mit Abführmitteln behandelt und ungünstig beeinflußt worden.

In dem Schlußwort betont Herr Sonnenburg, daß es ihm nicht einfalle, die Rizinusbehandlung für die allgemeine Praxis zu empfehlen, und die von den Vorrednern erwähnten ungünstigen Einflüsse des Rizinus ständen auf einem ganz anderen Brett. Er betont, daß seine Rizinusbehandlung eine chirurgische sei und in den chirurgischen Rahmen hineinpaßt. Dieselbe aber ohne gleichzeitige Berücksichtigung der klinischen Symptome, besonders der Leukocytose, sei wertlos und unzweckmäßig. Daher eignet sie sich auch vorläufig nur für Kliniken. Wenn aber in über 100 Fällen sich diese Art Behandlung bewährt hat, so müssen doch wohl diese Fälle nach richtigen Prinzipien ausgesucht sein. Gegenüber der abwartenden indifferenten Behandlung hat die Behandlung mit Rizinus den großen Vorteil, daß wir sofort je nach der Wirkung eine sichere Prognose über den weiteren Verlauf des Anfalles stellen können. Wird Rizinus abweichend von dem Grundsatze, den S. aufgestellt hat, gegeben, so wird es nur schaden.

5) Herr Kothe: Stieltorsion des Netzes.

K. berichtet über einen Fall von intraabdominaler Netztorsion. Bei der Operation fand sich ein handtellergroßer, blauschwarz verfärbter Netzklumpen, der an einem dünnen, um 360° gedrehten Stiel hing. Demonstration des Pat. und des Präparates. Der Fall ist deswegen besonders interessant, weil der Pat. nicht, wie das sonst meist der Fall ist, mit einem Bruch behaftet war. Es sind sonst in der Literatur unter 60 veröffentlichten Fällen nur 5 Fälle von Netzdrehung bei Individuen ohne Hernie bekannt. Die Pathogenese ist noch nicht vollkommen aufgeklärt. Die Affektion ist sehr selten. Im Moabiter Krankenhause wurde sie nur 2mal beobachtet; der andere Fall ist von Sonnenburg bereits früher beschrieben worden. Eine Abbildung des Sonnenburg'schen Falles wird herumgezeigt. Kurze Besprechung der Diagnose und Therapie.

6) Herr Mühsam: Impftuberkulose der Sehnenscheiden beim Pflegepersonal.

Während die traumatische Übertragung der Tuberkulose auf die Haut bekannter ist, sind die Fälle von Impftuberkulose tieferer Gewebe, insbesondere der Sehnenscheiden, seltener. In der Literatur sind nur zwei Arbeiten darüber vorhanden. Im einen Fall infizierte sich die Pflegerin eines schwer phthisischen Mannes an einem Speiglas, im anderen verletzten sich zwei Schlächter beim Ausschlachten tuberkulöser Rinder. M. beobachtete zwei Krankenwärter, welche auf der Phthisikerstation des Krankenhauses Moabit beschäftigt waren und sich an der Beugeseite eines Fingers an einem Speiglas geschnitten hatten. Die Wunden verheilten. Nach einigen Wochen schwoll die Beugesehne an, und es kam zu einem Fungus der betreffenden Sehnenscheide und benachbarter, welche bei einem Kranken zahlreiche Inzisionen, Exkochleationen und Spaltungen notwendig machte, im an-

deren Falle aber bei konservativer Behandlung heilte. Ferner sah M. eine Krankenschwester, welche, selbst phthiseverdächtig, sich mit einer Morphiumspritze, mit der sie eben einer schwer Tuberkulösen eine Injektion gemacht hatte, in den Finger stach. Nach einigen Wochen Fungus der Sehnenscheide. M. hält diesen Fall nicht für eigentliche Impftuberkulose, sondern glaubt, daß der Stich bei der wahrscheinlich Tuberkulösen den Locus minoris resistentiae für die Ansiedlung von Tuberkulose in der Sehnenscheide abgegeben habe.

Diskussion. Pels-Leusden hat bei einem Mediziner ebenfalls einen Fall von Impftuberkulose der Sehnenscheiden (Strecksehnen der linken Hand) beobachtet und durch Exstirpation des tuberkulösen Gewebes geheilt. Den Fall hat der betreffende Kollege zu seiner Doktordissertation verwendet.

Herr Oelsner demonstriert a. erschwertes Décanulement. Ein 2jähriges Kind, das im Alter von 9 Monaten tracheotomiert wurde, und bei dem eine Gewohnheitsparese der Kehlkopferweiterer das Décanulement außerordentlich erschwerte. Erst nach $5^1/_2$ Monate lang systematisch fortgesetzten Versuchen gelang es, das Kind definitiv von der Kanüle zu befreien[1].

b. Fall von Schnittverletzung des Kehlkopfes.

Der zweite Fall betraf ein 22jähriges Mädchen, das sich bei einem Conamen suicidii eine schwere Kehlkopfverletzung mit einem Messer beigebracht hatte. Weitere Schnittwunden wies Pat. am Nacken, wo das Messer die ganze Muskulatur und das Lig. nuchae bis auf die Wirbel durchtrennt hatte, und an beiden Handgelenken auf. Der Stich in den Kehlkopf hatte Haut, Muskulatur und die Platte des Schildknorpels glatt durchtrennt, so daß man nach oben in die Glottis und nach unten in die Trachea sehen konnte. Die Wunde wurde vom Vortr. schichtweise vernäht. Einige Stunden später wurde die prophylaktische Tracheotomie gemacht (Geheimrat Sonnenburg). Am nächsten Tage traten starke Schluckbeschwerden auf. Dann glatter Heilungsverlauf ohne Funktionsstörungen.

7) Herr Sonnenburg: Sarkom des Jejunum.

S. hat bei einer kindskopfgroßen Bauchgeschwulst, die sich als Sarkom des Jejunum herausstellte, das auf den Dickdarm übergegriffen hatte, die Resektion von Jejunum, Coecum und Kolon vorgenommen, bie beiden Jejunumschlingen End-zu-End und das Ileum mit dem Colon transversum End-zu-Seit vereinigt. Demonstration des Präparates. Die Pat., welche den am 23. Februar 1907 erfolgten schweren Eingriff gut überstanden und seit der Operation 35 Pfund zugenommen hat, wird als geheilt vorgestellt. Das Übergreifen von Geschwülsten des Jejunum auf das Kolon wird selten beobachtet.

Herr S. zeigt einen Fall von Skalpierung durch Maschinenverletzung. Der große Defekt wurde durch wiederholte Transplantationen nach Thiersch gedeckt.

Herr S. zeigt einen Pat. mit ausgedehnter Verbrennung des rechten Armes und der rechten Thoraxhälfte, welcher ebenfalls durch wiederholte Thiersch'sche Transplantation sowie durch Einpflanzung zweier gestielter Hautlappen in die Achselhöhle vollständig mit guter Funktion des Armes geheilt wurde.

8) Herr Mühsam Demonstrationen.

a. Demonstration eines Pat., dem er wegen eines großen Hautdefektes am äußeren rechten Knöchel nach Erysipel, den nach Thiersch zu decken vergebens versucht worden war, einen gestielten Lappen von einem Bein aufs andere gepflanzt hat. Der Lappen wurde, mit der Basis nach oben, dem anderen Unterschenkel (innere Wadengegend) entnommen und mit der Spitze in den Defektrand eingenäht. Pat. blieb 16 Tage im Gipsverband, dann wurde der Stiel durchschnitten. Der Lappen heilte völlig an. Der Defekt am anderen Bein heilte großenteils per granulationem, der Rest wurde mit einem Thiersch'schen Lappen bedeckt und so geheilt.

b. Demonstration eines wegen extraduralen Hämatoms operierten Kranken. Verhältnismäßig geringes Trauma, trotzdem Krämpfe im rechten Facialis, Arm und Bein, welche an Zahl und Intensität zunahmen und allmählich allgemein

[1] Vortrag erscheint unter den Originalien der Deutschen med. Wochenschrift.

wurden. Es trat Abnahme des Bewußtseins auf. Daher Trepanation links. Aus dem ersten Bohrloch entleert sich eine große Menge Blutes. Unter der Dura wird durch Punktion keins mehr gefunden, daher Zurückklappen des Lappens. Glatter Wundverlauf. Nach der Operation noch einige Male Krämpfe, dann Aufhören derselben. In den ersten Tagen sensorische und motorische Aphasie, zuerst Schwinden der sensorischen, dann der motorischen Sprachstörung. Vollkommene Heilung. Pat. ist wieder in seinem Beruf als Schauspieler tätig.

R. Wolff (Berlin).

---

27) **A. A. Bodendorf.** Zur Osteomyelitis der langen Röhrenknochen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

R. bringt mehrere Beispiele für die ausgezeichneten Erfolge, die man bei ausgedehnter oder Totalsequestrierung langer Knochen durch Schonung des Periosts erzielen kann. Das Periost wird bei der Nekrotomie so sorgfältig wie möglich geschont und nach Entfernung der toten Diaphyse einfach zusammengeklappt, wobei auch Nähte überflüssig sind. In einem Falle, wo die periostale Knochenneubildung bereits zu stark war, hat Oppel den Knochen der Länge nach gespalten und die beiden starren Teile aneinandergeklappt. Es resultiert schließlich ein sehr fester Knochen, der an Festigkeit und Umfang den ursprünglichen meist übertrifft. Ist nur ein Teil der Diaphyse entfernt worden, so kommt es zur Abstoßung kleiner Sequester vom Ende des zurückgebliebenen Diaphysenstückes, wodurch der günstige Enderfolg natürlich nicht beeinträchtigt wird. **V. E. Mertens** (Kiel).

28) **P. Frangenheim.** Über Calluscysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 87.)

F. verfügt über zwei eigene Beobachtungen echter Calluscysten, deren anatomische Beschreibung er liefert. Der erste Fall betrifft eine subkapitale Oberschenkelhalsfraktur, vom Verf. bereits in einer früheren Abhandlung bearbeitet und abgebildet. Das Präparat des zweiten Falles ist von Prof. Beneke in Braunschweig durch eine Sektion gewonnen und ohne anamnestische Angaben F. überlassen. Es handelt sich hier um eine pathologische Fraktur des oberen Oberschenkeldrittels infolge bösartiger Geschwulst. In beiden Fällen sitzen die fraglichen Cysten in parostalem hypertrophischem Callus. Das Präparat des zweiten Falles ist in einer guten Figur wiedergegeben. Man sieht zu beiden Seiten des Bruches die beiden $1^1/_2$ bzw. 5 cm langen Cysten, deren Wände starr, stellenweise knochenhart sind. Die mikroskopische Untersuchung (Details s. Original) weist nach, daß es sich um echte Cysten, nicht etwa um Geschwulsterweichungscysten handelt. Pathologisch-ätiologisch stellt F. die Calluscysten den Cystenbildungen bei Myositis ossificans zur Seite. Die einschlägige Literatur ist in der Besprechung angezogen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **E. Bibergeil.** Bericht über 353 komplizierte Frakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 2.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung sämtlicher komplizierter Frakturen, welche im Krankenhaus am Urban in Berlin behandelt worden sind. Arbeiten wie die vorliegende müssen im Original nachgelesen werden, da ihr Wert in den Einzelheiten des statistischen Materials und in der Aufzählung besonders interessanter Fälle beruht, deren Rekapitulation mehr Raum erfordern würde, als einem Referate zu Gebote stehen kann. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

30) **E. Fischer.** Behandlung der Knochenbrüche mittels Bardenheuer'scher Extension.

(Budapesti Orvosi Ujság 1907. Nr. 50.)

Verf. bespricht auf Grund des v. Herczel'schen Materials die Vorteile des Bardenheuer'schen Extensionsverfahrens, mit dem ideale Heilungserfolge erzielt

werden können, welche betreffs der anatomischen und funktionellen Heilung anderen Verfahren (Gipsverbände, funktionelle Behandlung) weit überlegen sind. Schön ausgeführte Radiogramme zeigen die Frakturen vor und nach der Behandlung. **P. Steiner** (Klausenburg).

31) **Barker.** Traumatic hematomyelia.

(Annals of surgery 1907. November.)

Das Blut wird der Medulla oblongata durch drei Hauptarterien zugeführt, eine vordere und zwei hintere, die aus der Vertebralis dort entspringen, wo der Vereinigungspunkt zur Art. basilaris liegt. Eingebettet liegen diese Zweige in der Pia des Rückenmarkes, sie erhalten in der ganzen Ausdehnung des letzteren akzessorische Zuflüsse von den Artt. thyreoidea, intercostalis, lumbalis usw. Nach unten, zu einem gleichmäßigen Strange auslaufend, kann sich das Blut nur in der grauen Substanz senken, während eine Senkung in den weißen Neurogliafasern nicht möglich ist; hier kommt es dann mehr zu disseminierten, nicht in Verbindung stehenden Blutherden, die sich allerdings auch über eine Strecke des Markes in dieser Form erstrecken können. Sind diese Blutherde größer, so kommt es zur Bildung von Höhlen, die durch Bindegewebe später ausgefüllt werden.

Verf. beschäftigt sich vorwiegend mit der Blutung ins Cervikalmark, die durch Fall auf das Gesäß oder Schlag gegen die Lenden- oder Brustwirbelsäule eintreten kann und Lähmungen der oberen und unteren Extremitäten veranlaßt. Verf. glaubt, daß die Diagnose der Rückenmarksblutung nicht leicht und nur mit einer gewissen Reserve zu stellen sei. Ein einschlägiger Fall dieser Blutung ins Halsmark wird beschrieben: Es handelt sich um einen Mann, der vom Wagen geschleudert war und zwei Rippen in der Nähe der Wirbelsäule gebrochen hatte. Nachdem es ihm anfänglich leidlich gegangen war, erkrankte er 8 Wochen nach dem Unfall an Lähmung der Arme und Beine, auch die Sensibilität war herabgesetzt. Diese Lähmungen gingen allmählich zurück. Es blieb nur eine Schwäche zurück; die Kniescheibenreflexe blieben gesteigert. **Herhold** (Brandenburg).

32) **Baer.** Operations on the spinal column.

(Annals of surgery 1907. November.)

Verf. weist daraufhin, wie nicht selten durch an der Wirbelsäule sitzende falsche Rippen oder Exostosen Krankheiten entstehen, deren Sitz und Ursache man ohne Röntgenbild nicht erkennt. Er beschreibt drei diesbezügliche Fälle. Im ersten entstand nach Gonorrhöe eine Exostose am Fersenbein und am dritten und vierten Lendenwirbel. Die erstere wurde entfernt, in ihr fanden sich Gonokokken, die Operation der Lendenwirbelexostose war verweigert. Im zweiten Fall wurden heftige linksseitige Ischiasschmerzen durch eine am fünften Lendenwirbel sitzende rudimentäre, $1^3/_4$ Zoll lange Rippe hervorgerufen. Nach Resektion dieser Rippe schwanden die Beschwerden. Im letzten Falle wurden rechtsseitige heftige Ischiassymptome durch eine am dritten Lendenwirbel befindliche Knochenspange bedingt, die erst nach Abmeißeln der letzteren schwanden. **Herhold** (Brandenburg).

33) **v. Hovorka.** Scoliosis lumbagica.

(Blätter für klin. Hydrotherapie und verwandte Heilmethoden 1907. Nr. 6.)

Mitteilung zweier Fälle von Skoliose bei chronischer Lumbago, welche analog der bei Ischias auftretenden Skoliose aufzufassen sind. In dem einen Falle handelte es sich um rheumatische, in dem anderen um eine traumatische Form der Lumbago. In beiden Fällen war die Konvexität nach der Seite der Erkrankung der Muskulatur gerichtet. Durch Gymnastik baldige Besserung. Ätiologisch hat die Annahme einer Reflexkontraktur nebst Betonung statischer Momente die größte Wahrscheinlichkeit. **Drehmann** (Breslau).

34) **Molin et Gabourd.** Sur une variété rare et tardive de tumeurs congenitales sacro-coccygiennens.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 44.)

Ein 32jähriger Mann begann vor 2 Jahren an Verstopfung zu leiden. Er bekam Schmerzen längs der Lendenwirbelsäule, die dann mehr in die Kreuzbeingegend zogen, so daß schließlich eine Sakrokoxalgie diagnostiziert wurde. Als die Schmerzen immer heftiger wurden, untersuchte endlich ein Arzt per rectum und fand eine den Mastdarm vordrängende Geschwulst an der Vorderfläche des Kreuzbeines. Darm und Geschwulst waren nicht miteinander verwachsen. Die Differentialdiagnose zwischen kaltem Abszeß und Neubildung konnte durch Probepunktion zugunsten des letzteren entschieden werden. Durch eine einfache Operation wurde die Geschwulst samt Knochen vom dritten Sakralloch abwärts entfernt; dabei mußten einige Stränge der Cauda equina durchtrennt werden, was zu vorübergehenden motorischen und sensiblen Störungen führte. $1^1/_2$ Jahre später war Pat. vollkommen gesund, litt aber noch an Verstopfung.

Die Geschwulst hatte die Größe eines Straußeneies. Sie hatte das Steißbein völlig, das Kreuzbein bis zum vierten Sakralloch zerstört. Einige Knochenreste fanden sich noch in ihr. Die mikroskopische Untersuchung ergab Epithelschläuche in einem fibrohyalinen Gewebe. Die Zellen waren groß, blasig mit lateral gelegenem Kern. »Es war schwer ihre Herkunft zu bestimmen. Jedenfalls war es eine sekundäre Knochengeschwulst. Die Zellen erinnerten an die eines Nierenkarzinoms.« **V. E. Mertens** (Kiel).

35) **F. de Beule.** Résection partielle du sacrum pour sacrodynie et sciatique bilatérale. Guérison.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1907. November.)

Bei einem 33jährigen Anstreicher waren nach einem Fall aus 4 m Höhe direkt auf das Kreuzbein im Jahre 1891 dauernde dumpfe Schmerzen in der betroffenen Gegend zurückgeblieben, die durch etwa 20mal am Tage auftretende heftige Schmerzparoxysmen im Gebiete beider Ischiadici derart gesteigert wurden, daß der Kranke bei der Erfolglosigkeit jeder Behandlung dem Selbstmord nahe war. de B. nahm an, daß infolge des Traumas eine Periostitis mit Hyperostose im Kreuzbein entstanden sei, wodurch der Sakralkanal verengert und die in ihm liegenden Nerven einem dauernden Druck ausgesetzt seien. Der einzige objektive Befund war eine fünffrancstückgroße druckempfindliche Stelle in der Mitte des Kreuzbeines. Dem Prinzip der Bardenheuer'schen Neurosarkokleisis folgend, legte B. durch Resektion der hinteren Bogen den ganzen Sakralkanal frei und nähte über dem offenen Kanale die Weichteile wieder zusammen. Der bisherige Erfolg — 5 Monate — ist ein glänzender. Die entfernten Knochenstücke waren härter und fester wie normale Kreuzbeinsubstanz. **Vorderbrügge** (Danzig).

36) **Berger.** Arrachement du membre supérieur.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 139.)

Der Académie de médecine legte B. einen Arm vor, an dem auch Schulterblatt und Schlüsselbein hingen. Der Mann, dem der Arm gehört hatte, war in eine Transmission geraten, mehreremal herumgeschleudert worden und schließlich in einiger Entfernung zu Boden gefallen, während der Arm in der Maschine hängen blieb. Eine Blutung erfolgte nicht, Heilung fast per primam intentionem, beides Erscheinungen, die bei diesen Verletzungen gewöhnlich sind.

V. E. Mertens (Kiel).

37) **Royster.** The management of dislocation at the shoulder joint complicated by fracture of the neck of the humerus.

(Journal of the amer. med. assoc. Vol. XLIX. Nr. 6.)

Verf. hat innerhalb 7 Monaten 4 Fälle dieser Art in Behandlung bekommen. Im ersten hat er — der Bruch war bereits konsolidiert — den Oberarm beim

Versuche der Reposition der Verrenkung wieder gebrochen; er ist dann blutig vorgegangen und hat an der Bruchstelle eine Nearthrose hergestellt mit leidlichem, funktionellem Erfolg. Die drei anderen Pat. hat er sofort blutig operiert, teils, wo es ging, ohne Eröffnung des Gelenkes, teils mit seiner Freilegung. Nach Herstellung normaler Verhältnisse erhielt er in allen 3 Fällen ein sehr gutes Endresultat. Knochennaht war überflüssig.

Bei der oft schwierigen Diagnosenstellung ist auch nur beim Verdacht auf diese Affektion die Röntgenaufnahme unbedingt nötig. Es kommt für die Therapie nur die blutige Operation in Frage. **W. v. Brunn** (Rostock).

38) **Sheldon.** Old unreduced posterior dislocation of the shoulder.
(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Pat. renkte die rechte Schulter aus (Luxatio retroglenoidalis). Der Oberarm wurde wieder eingerenkt, trat nach einer Woche wieder aus, um zum zweiten Male an seinen Platz gebracht zu werden. Als die Ausrenkung jetzt zum dritten Male eintrat, wurde weiter nichts dagegen getan. S. wurde 8 Monate später zugezogen und fand, daß die Bicepssehne (langer Kopf) luxiert war und mitten über die Gelenkfläche ging. Er legte das Gelenk frei, reponierte die Sehne und überbrückte sie mit Periost. Der wieder eingerenkte Kopf blieb jetzt im Gelenk, und es wurde der rechte Arm wieder gebrauchsfähig. **Herhold** (Brandenburg).

39) **Doberauer.** Demonstration eines Falles von operierter Embolie der Arteria axillaris.
(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 33.)

Bei beginnender Gangrän und ischämischer Kontraktur des Armes wurde 52 Stunden nach Eintritt des Gefäßverschlusses die Axillaris freigelegt, eröffnet und ein ca. 3 cm langer Thrombus ausgeräumt. Es trat jedoch trotz wiederholter Wiedereröffnung des Gefäßes immer von neuem Thrombose an dieser Stelle ein, weshalb wegen Fortschreitens der brandigen Erscheinungen eine Anastomose zwischen Arteria und Vena axillaris angelegt wurde. Nach der gelungenen Naht schoß das Blut unter explosionsartigem Geräusch in die Vene ein und drang bis zum Handgelenk vor. Das Gefühl und ein dem Herschlag synchrones Pulsgeräusch bewiesen, daß das arterielle Blut durch die Venen floß. Ob die Gangrän aufgehalten wurde, wird nicht berichtet. **Gutzeit** (Neidenburg).

40) **W. A. Oppel.** Zur operativen Heilung arterio-venöser Aneurysmen.
(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Eingangs weist O. darauf hin, wie wichtig es ist, vor der Operation eines Aneurysma zu wissen, ob die Kollateralen so stark entwickelt sind, daß die Existenz der Extremität garantiert ist. Ein Verfahren, diese Kenntnis zu erlangen, hat sich aus den Untersuchungen ergeben, die N. S. Korotkow an den Verletzten des letzten Krieges angestellt hat. Korotkow komprimiert die Arterie ober- und unterhalb des Aneurysma und stellt manometrisch den arteriellen Druck distal davon fest.

Diese Methode ist bei dem folgenden Falle benutzt worden.

Pat., 32 Jahre alt, bei Mukden durch die linke Schulter geschossen, wurde nach Petersburg abgeschoben, wo er mit einem »Aneurysma arterio-venosum axillare« ankam. Blutdruck in den Fingerspitzen rechts 110 mm Hg, links 95; bei Kompression der Art. axillaris oberhalb des Aneurysma 40, bei Kompression der Subclavia 25, bei Kompression ober- und unterhalb des Sackes 25. Auf Grund dieser Messungen wurde bei der ersten Operation (11 Uhr, W. A. Oppel) die Axillaris oberhalb des Sackes unterbunden. Sofort konstatierte Korotkow Blutdruck = 0. Um $1^1/_2$ Uhr zeigten sich am gelähmten, weißen Arme verdächtige Flecken. Korotkow schloß nun, daß das arterielle Blut von den Venen durch den Sack zu stark abgesogen werde.

Zweite Operation ($3^1/_2$ Uhr). Unterbindung der V. axillaris oberhalb des Sackes. Der Druck blieb = 0. Es mußte also noch eine starke Vene existieren.

Nach einigem Suchen rötete sich der Arm plötzlich als O. mit dem Finger zwischen den Stümpfen der durchtrennten A. axillaris in die Tiefe drückte; zugleich zeigte das Manometer 40, um auf 0 zu sinken, sowie der Druck nachließ. Es fand sich dort eine Vene von der Stärke der V. axillaris; nach ihrer Unterbindung blieb der Arm rot. Aber um $7^1/_2$ Uhr war der Druck wieder auf 0 gesunken, der Arm blaß, was auf allmähliche Dilatation der Kollateralvenen bezogen wurde. Daher dritte Operation ($8^1/_2$ Uhr): Exstirpation des Aneurysmasackes, aus dem einige kleine Venen austraten. Als der Sack während der Arbeit angerissen wurde, »ergoß sich in schwachem Strahl arterielles Blut«, ein Zeichen dafür, daß der Blutstrom tatsächlich umgekehrt war. Druck nach der Exstirpation 30 mm, am nächsten Tage 40 mm. Heilung.

An der Hand dieser interessanten Operationsgeschichte (man möchte sie fast als experimentelle Rechtfertigung der alten Methoden von Antyllus und Philagrius bezeichnen, Ref.) betont O. als Prinzip der operativen Aneurysmabehandlung die Trennung des arteriellen und des venösen Blutstromes. Das Bestreben, das Arterienrohr nach Exstirpation des Sackes wieder herzustellen, ist seines Erachtens nur dann gerechtfertigt, wenn die Untersuchung nach Korotkow ergeben hat, daß die Kollateralen nicht genügend entwickelt sind.

O. bringt noch den Bericht über die ganz ungewöhnlich schwierige Operation eines arteriovenösen Aneurysma der rechten Carotis communis, die er bei einem 29jährigen Soldaten ausführte. Bemerkenswert erscheint, daß 2mal die Jugularis, deren Unterbindung durch Narbengewebe erschwert war, verletzt wurde, wobei jedesmal unter deutlichem Geräusch Luft in das Gefäß aspiriert wurde. Die Zwischenfälle verliefen aber bei sofortiger Tamponade ohne Folgen. Pat. wurde völlig geheilt, ohne Störungen durch die Ligatur der Carotis.

V. E. Mertens (Kiel).

41) **Roeder.** Resektion großer Nervenstämme ohne Lähmung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

R. berichtet über einen Fall, in welchem ein Neurofibrom oder Fibrosarkom des N. ulnaris und eines Hautastes des N. suprascapularis entfernt wurde. Es mußte ein großes Stück des N. ulnaris entfernt werden; das distale Ende wurde in den Medianus eingepflanzt. Angeblich traten keine Lähmungserscheinungen auf. Da eine elektrische Untersuchung nicht angegeben ist, ist der Fall nicht beweiskräftig. (Motilité suplée). Später wurde noch eine Geschwulst aus dem Cruralis und Accessorius entfernt. Im letzteren Falle erfolgte eine partielle Lähmung des Cucullaris.

Borchard (Posen).

42) **Cordillot.** Un cas de paralysie du nerf radial consécutive a une injection d'éther.

(Archiv de méd. et de pharmacie militaires 1907. November.)

Einem Soldaten, der am 27. Mai 1905 an Hitzschlag auf dem Marsche zusammenbrach, wurde von einem aus dem nächsten Orte herbeigerufenen Arzt eine Äthereinspritzung in den linken Oberarm gemacht. Als der Mann am 31. Mai zur Truppe entlassen werden sollte, stellte sich heraus, daß die linke Hand in proniertflektierter Stellung stand, und daß eine Streckung des Handgelenks und der Finger unmöglich war. In der Gegend der Ansatzstelle des M. supinator longus fand sich eine bretthart entzündliche Schwellung, die sich unter feuchten Umschlägen etwas verminderte. Auf der Handrückenfläche bestanden geringe Störungen des Temperatur- und Drucksinns. Erst nach 6 Monaten wurde durch Massage und galvanische Elektrizität Heilung der motorischen Lähmung erzielt. Pat. klagte allerdings noch über Schmerzen im linken Arm, die aber als leichte Hysterie aufgefaßt wurden.

Herhold (Brandenburg).

43) W. Wolf. Zur Kenntnis der subkutanen Muskelrupturen und ihrer operativen Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 496.)

Verf. berichtet aus der Leipziger Klinik über drei Rupturen des Musc. biceps brachii und eine solche des Musc. quadriceps. Die letztere und eine der Bicepsrupturen waren durch direkte, die übrigen, wie in der Regel, durch indirekte Gewalt entstanden. Eine Biceps- und die Quadricepsruptur, die operativ behandelt wurden, ergaben ein sehr gutes funktionelles Resultat, während bei einer konservativ behandelten Bicepsruptur die Nachuntersuchung eine erhebliche Atrophie und Funktionsbeschränkung nachwies.

W. vertritt daher den Standpunkt, in allen Fällen einer beträchtlicheren Ruptur im Gebiete des Muskelsehnenapparates die Vereinigung der Fragmente durch Naht zu versuchen.

Der Arbeit ist ein Verzeichnis über die Kasuistik der Bicepsrupturen seit der Zusammenstellung von Loos beigefügt. **Reich** (Tübingen).

44) E. Schenk. Über zwei Fälle von typischer Extremitätenmißbildung (Ulnadefekt, Fibuladefekt).

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. I. Hft. 3.)

An der Hand sehr guter Röntgenaufnahmen werden die Mißbildungen besprochen und analysiert. Die erste betrifft die rechte Hand eines 48jährigen Mannes. Die Ulna endet oberhalb des Radio-Carpalgelenkes mit einer stumpfen Anschwellung ohne Gelenkfläche. Im Carpus finden sich nur zwei Knochen, die auf Grund ihrer Größe und regelmäßigen Form als eine Zusammenfassung mehrerer Knochen oder Knochenanlagen der proximalen sowohl als der distalen Reihe angesprochen werden. Das Metakarpalskelett besteht aus zwei starken Knochen, zwischen denen sich ganz distal noch die rudimentäre Anlage eines Metacarpusköpfchens findet. Der radiale Knochen charakterisiert sich durch zwei Sesambeine und zwei wohl entwickelte Phalangen als Metacarpus des Daumens. Der ulnare stellt wahrscheinlich eine gemeinsame Entwicklung von Strahl 3 und 4 dar. An den ulnaren Metacarpus wie an das rudimentäre Köpfchen des II. Metacarpus setzen sich je drei Phalangen von verschiedener Entwicklung an. Die Endphalangen sind rechtwinklig aufeinander zu gebogen und scheinen miteinander verwachsen zu sein.

Beim zweiten Falle handelt es sich um die linke untere Extremität eines 27jährigen Mannes. Die Tibia ist verkürzt und stark nach vorn konvex gebogen. Von der Fibula ist nur der Malleolus angedeutet. Die Zahl der Fußwurzelknochen ist auf zwei reduziert, einen großen proximalen und einen kleinen distalen. Der große stellt eine Verschmelzung mehrerer Knochenanlagen dar und läßt noch deutlich das hintere Ende eines Calcaneus erkennen, der kleinere wird als Cuneiforme I aufgefaßt, während das Cuboid wohl völlig fehlt.

Der vordere Fuß wird von drei Metatarsalia mit entsprechender Zehenbildung gebildet; das mediale Metatarsale ist sehr kräftig, die beiden anderen schmächtig entwickelt, das laterale trägt einen Vorsprung ähnlich des Tuberositas ossis metatarsi V.

Nach Besprechung der in der Literatur bekannten ähnlichen Mißbildungen beschäftigt sich Verf. mit der wahrscheinlichen Ursache dieser Mißbildungen. Die phylogenetische Theorie ist für vorliegende Fälle abzulehnen, Vererbung kommt auch nicht in Frage. Die Mißbildungen werden schließlich unter Hinweis auf die Tornier'schen Versuche auf abnorme Druckwirkungen in frühen Stadien der Entwicklung zurückgeführt. **Trappe** (Breslau).

45) P. Ewald. Zur Ätiologie der Madelung'schen Deformität.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV. Hft. 4.)

E. beschreibt einen Fall mit dem Bilde der Madelung'schen Deformität und konstatiert, daß durch Trauma ein Zustand hervorgerufen werden kann, welcher mit der Madelung'schen Krankheit vollste Ähnlichkeit besitzt. Die Ursache

davon ist in einer Alteration des Epiphysenknorpels zu suchen. Er erwähnt eine Reihe anderer Fälle, wo sich allmählich ohne erkennbare Ursache der gleiche Vorgang im Epiphysenknorpel abspielte, der in dem seinigen durch das Trauma in einem Augenblick zustande kam. Er ist geneigt anzunehmen, daß bei den genannten Fällen vielleicht Traumen leichter Art eine Rolle gespielt haben, z. B. eine stundenlang am Tage fortgesetzte Volarflexion der Hand. Jedenfalls muß man der Epiphysenlinie ein ausschlaggebendes Gewicht bei diesen Fällen zuschreiben. Das Resultat, das bei dem Pat. des Verf.s mit der schrägen Osteotomie erzielt wurde, war nicht sehr zufriedenstellend.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

46) **Weir.** Trigger Finger.

(Journ. of amer. med. association 1907. Nr. 14.)

Verf., Professor der Chirurgie in Neuyork, hat selbst einen schnellenden Finger gehabt und sich von Abbe mit Erfolg operieren lassen. Er führt das Leiden auf den Druck eines großen Siegelringes zurück, den er am linken Mittelfinger trug. Das Leiden bestand unter großen Schmerzen seit über 2 Jahren vor dem Eingriffe. Bei der in Lokalanästhesie unter Blutleere ausgeführten Operation fand sich, an der betreffenden Stelle zunächst an einem Stiel der Sehnenscheide aufsitzend, ein gut stecknadelkopfgroßes graues Knötchen, das entfernt wurde. Trotzdem blieb der Zustand der gleiche. Infolgedessen wurde die ganze Sehnenscheide bis in die Hohlhand hinein gespalten, wobei sich ergab, daß die Sehnenscheide stark verdickt war, und daß die Bewegung um so leichter wurde, je weiter die Eröffnung der Sehnenscheide vorschritt. An den Sehnen selbst war nichts Pathologisches zu bemerken.

Die Wunde wurde nicht genäht, sondern die Wundränder über einem Mullpolster durch Pflasterstreifen einander genähert und Finger und Hand immobilisiert.

Heilung mit voller Funktion innerhalb 14 Tagen.

43 Fälle von schnellendem Finger waren bis dahin publiziert worden und werden am Schluß kurz referiert. Dieser Fall ist der 44.

W. v. Brunn (Rostock).

47) **Riedl.** Zur Kasuistik der Brachydaktylie. Ein Fall von doppelseitiger Verkürzung des 3.—5. Metakarpalknochens.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XI. Hft. 6.)

Verf. beschreibt einen Fall obengenannter Mißbildung, die bei dem Pat. namentlich beim Faustschluß sehr deutlich hervortritt. Noch deutlicher ist die Mißbildung auf dem Röntgenbilde zu sehen, auf dem die Metakarpalknochen des 3. bis 5. Fingers nur halb so groß sind wie am Zeigefinger. Auffallend ist noch, daß diese Verkürzung dreier Mittelhandknochen hier doppelseitig in genau derselben Weise sich findet. **Gaugele** (Zwickau).

48) **O. Förster.** Ein Beitrag zu den Pfählungsverletzungen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. V. Hft. 4.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von Pfählungsverletzungen, hervorgerufen durch maschinelle Gewalteinwirkung, wie er ähnliche Verletzungen in der bezüglichen Literatur nicht erwähnt gefunden hat. Im ersten Falle hatte eine 40 cm lange, $1^1/_2$ cm breite Kehlleiste den linken Vorderarm in radioulnarer Richtung durchspießt und den obersten Teil des Pronator quadratus, den Flexor sublimis, den Extensor digitorum communis und den Extensor pollicis verletzt und z. T. zerrissen. Im zweiten Falle hatte ein Splitter die Fingerbeere des Ringfingers der rechten Hand durchbohrt, ein anderer war über dem Mittelgelenk des Mittelfingers der linken Hand eingedrungen und von da in die Vola manus abwärts geraten.

Alle drei Splitter wurden auf operativem Wege entfernt, die Heilung erfolgte ohne Temperaturerhöhung und Eiterung, so daß die Arbeitsfähigkeit nirgends in Frage gestellt war. **Hartmann** (Kassel).

49) Barnett. Results of untreated tuberculous coxitis.

(Amer. journ. of surg. 1907. September.)

Verf., der im übrigen nichts Neues gibt, referiert eine Statistik von Gibney aus dem Jahre 1878 über 80 unbehandelte Koxitisfälle, die ganz lesenswert ist:

1) Dauer der Krankheit: In 41% 3 Jahre, in 35% 3—6, in 20% 6—10, in den übrigen Fällen mehr als 10 Jahre.

2) Abszesse waren im Laufe der Krankheit bei 60% eingetreten.

3) Die Flexion und Ankylose zeigte bei $2^1/_2$% einen Winkel von 90°, bei je 4% 70 und 60°, bei je 23% 45 und 35°, in $22^1/_2$% 30°, in 13% eine Beugung von 10—20°.

4) In 15% war eine Bewegungsexkursion von 15—90° vorhanden.

5) 76% konnten gehen und laufen ohne Beschwerden, 15% ohne Hilfe nur eine kurze Strecke; 9% konnten nicht ohne Schmerzen und Hilfe gehen.

6) In $2^1/_2$% war eine Verkürzung von $^1/_2$ Zoll, in 30% eine von 1 Zoll, in 22% von $1^1/_2$, in 25% von 2, in 9% von 3 und in 3% eine solche von 4 Zoll vorhanden.

7) Trochanterhochstand ist nicht genau nach Prozenten angegeben, ebensowenig

8) Atrophie des Beines. Hier tritt Verf. mit eigenen 4 Fällen auf: 1mal war eine Verkürzung des Femur um $^1/_2$, der Tibia um $^1/_4$ Zoll; in Fall 2 eine Verkürzung von Femur und Tibia um je $^1/_2$ Zoll; in Fall 3 eine Verkürzung des Femur um $^3/_4$ und der Tibia um $^1/_2$ Zoll und im 4. Fall eine Verkürzung beider Knochen um je $^1/_4$ Zoll vorhanden (Messungsfehler sind dabei wohl schwer zu vermeiden. Ref.).

9) Die Mortalität in 288 unbehandelten Fällen war nach Gibney $12^1/_2$%.

Goebel (Breslau).

50) Bayer. Treppenförmige Osteotomie des Trochanter major bei winkliger Koxankylose.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Die Operation, deren Ausführung am besten nebenstehende Figuren erläutern, wird von einem 8 cm langen, auf die Mitte des großen Rollhügels bis auf den Knochen geführten Schnitte vorgenommen. Sie dient hauptsächlich zum Ausgleich von Abduktionsankylosen, bei denen B. sie an Stelle der Osteotomia subtrochanterica empfiehlt; als weitere Vorzüge rühmt er an ihr, daß sie, ohne neue Deformitäten zu schaffen, den eigentlichen Sitz der Verkümmung trifft und durch Erzeugung breiter Berührungsflächen der getrennten Knochen für sichere Heilung Gewähr leistet. Die Trennung des Knochenkerns des Trochanter scheint unbedenklich, da höchstens die Weiterentwicklung der Trochanterapophyse gehemmt werden könnte. Um eine Verlängerung des Beines zu erzielen, müßte die Sehne des Musculus glutaeus maximus, soweit sie mit dem vorderen Trennungsanteil des Trochanter zusammenhängt, durchschnitten werden.

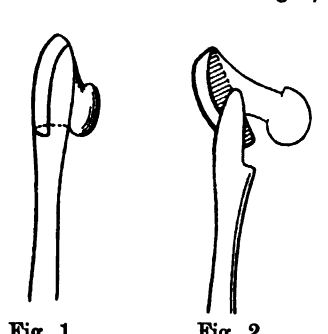


Fig. 1. Fig. 2.

Mitteilung eines erfolgreich operierten Falles. **Gutzeit** (Neidenburg).

51) B. S. Koslowski. Angeborener Defekt beider Femora.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

K. hatte Gelegenheit, die Leiche eines 40jährigen Mannes zu untersuchen, der nur 1,2 m hoch gewesen war und bei völlig normal entwickeltem Oberkörper auf seinen verkrüppelten Beinen sicher und schnell sich bewegt hatte.

Die beiden Femora fehlten völlig, ebenso die Kniescheiben. Von Gelenkpfannen war am Becken nichts nachzuweisen, Hüft- und Kniegelenke fehlten, doch

waren im Gewebe zwischen Becken und Tibiae linsenförmige Knochenstückchen röntgenologisch erkennbar, die vielleicht Reste der Oberschenkelköpfe waren. Unter dem Einfluß der Körperlast und des Muskelzuges hatten sich die Unterschenkel säbelförmig gekrümmt. Am oberen Ende der rechten Tibia fand sich ein nach hinten rechtwinklig gerichteter, 6 cm langer Fortsatz. Die rechte Tibia war überhaupt stärker verändert als die linke. Von den Fibulae waren nur ganz geringe Reste vorhanden.

Auch die Füße waren beträchtlich verändert. Beiderseits fehlte die 5. Zehe. Einzelne Knochen waren stark deform, z. T. untereinander verschmolzen. Rechts fehlten beide Knöchel, links der äußere.

K. ist der Ansicht, daß es sich hier um Chondrodystrophia foetalis gehandelt habe.

Die Präparate werden im Pirogow-Museum in Petersburg aufbewahrt.

V. E. Mertens (Kiel).

52) **Haecker.** Klinischer und anatomischer Beitrag zur Kenntnis der doppelseitigen Quadricepssehnenruptur hart am oberen Rande der Patella.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 45.)

Die Verletzung war bei dem 53jährigen Pat. durch Hinfallen entstanden. Naht der abgerissenen Sehne an die Kniescheibe. Tod an Lungenambolie. Pathologische Veränderungen an der Sehne oder an der Kniescheibe waren nicht zu erkennen. H. schließt sich der Ansicht von Walz an, daß für die Lokalisation der Zerreißung im Kniestreckapparat in erster Linie bestimmend ist der im Augenblick der Muskelkontraktion bestehende Grad der Beugung im Kniegelenk.

Borchard (Posen).

53) **Gangolphe et Gabourd.** Les angiomes profonds juxta-articulaires du genou. De leur diagnostic.

(Gaz. des hôpitaux 1907.)

Die 22jährige Pat. fiel vor 13 Jahren auf die Außenseite des rechten Knies. Sie hatte zwar momentan heftige Schmerzen, konnte aber gleich wieder gehen. Seit dieser Zeit litt sie an Schmerzen im rechten Schenkel, die stets abends besonders lebhaft waren. Pat., die viel stehen mußte, bemerkte dann nach einigen Jahren, daß die Gegend über dem Knie abends geschwollen war, während früh nichts zu bemerken war. Als sie schließlich 13—14 Stunden des Tages stehen mußte, wuchsen die Schmerzen derart, daß sie nur hinkend gehen konnte.

Am unteren Ende des Oberschenkels fand sich eine deutlich abgegrenzte, weiche, teigige, pseudofluktuierende Geschwulst, die besonders außen gut fühlbar war und tief zu sitzen schien, da sie bei gespanntem Quadriceps undeutlich wurde. An der Innenseite, etwa 4 Querfinger oberhalb des unteren Condylusrandes, war eine nußgroße, runde, harte, sehr empfindliche Geschwulst zu tasten, die — offenbar hinter dem Femur — mit der anderen Geschwulst zusammenhing. Gangolphe fand durch sorgfältige Messung am hängenden und am hochgehaltenen Beine, daß Volumunterschiede von mindestens 2 cm nachweisbar waren, daß es sich also um ein Gebilde mit wechselnder Blutfüllung handelte. Er diagnostizierte also ein Angiom.

Die Operation bestätigte die Diagnose. Es fand sich ein großes Angiom unter dem Quadriceps, der im Gebiete des Vastus internus inzidiert werden mußte. Die kleine schmerzhafte Geschwulst innen war ein Lipom; die große konnte nur teilweise exstirpiert werden. Nach vollständiger Naht trat schnelle Heilung ein. Die Schmerzen kehrten nicht wieder.

Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: un fibrolipome en voie de développement sur un angiome.

Es werden ein deutscher und sieben französische Fälle mitgeteilt.

Das Leiden beginnt meist im Alter zwischen 15 und 25 Jahren. Es entwickelt sich sehr langsam unter Schmerzen, die nur sehr selten fehlen. Wichtig ist

der Nachweis der Volumschwankung. Drüsenschwellung in den Nachbarregionen (Leistenbeuge) kommen nicht vor. Das Kniegelenk ist stets unbeteiligt. Röntgenologisch sind zuweilen Angiolithen nachweisbar. Häufig finden sich zugleich angeborene Defekte (die Pat. von Gangolphe und Gabourd hatte z. B. eine Hasenscharte), so daß der Gedanke aufkommen kann, daß es sich bei den Angiomen um angeborene Gebilde handelt.

Man braucht nicht auf Radikalentfernung zu bestehen, da gelegentlich spontane Rückbildung eintritt und bösartige Umwandlung nicht zu befürchten ist.

V. E. Mertens (Kiel).

54) H. Löhrer. Beitrag zur Pathologie der Fettgewebswucherungen im Kniegelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 498.)

Interessanter Einzelfall aus der Poppert'schen Klinik in Gießen. 34jährige Frau, deren linkes Knie mehrfachen leichteren Traumen unterlegen hatte, zuerst vor 3 Jahren. Jedesmal folgten allerhand Kniebeschwerden mit schließlich dauernder teigiger Schwellung beiderseits von der Kniescheibe, und wurde die Pat. mit der Diagnose Gelenkmaus in die Klinik zur Operation geschickt. Letztere fand mittels bilateralem Längsschnitt neben der Kniescheibe statt und förderte zwei Fettkörper aus dem Gelenke heraus, von denen einer, fast hühnereigroß, mit vereinzelten plumpen Zotten besetzt, unten zu beiden Seiten des Lig. patellae saß. Der andere schien, im Außenteile des Gelenkes gelegen, von der äußeren Kapselwand auszugehen und ragte, pflaumengroß gestielt, in die Gelenkhöhle hinein. Die Heilung erfolgte glatt und führte auch nach Monaten zu sehr guter Gelenkfunktion. Von Interesse ist nun, daß die histologische Untersuchung der beiden Geschwülste ein gänzlich verschiedenes Resultat ergab. Die aus der Gegend des Lig. patellae entfernte Geschwulst zeigt vielfache Zerklüftung des Synovialendothels und im subsynovialen Fettbindegewebe eine hochgradige entzündliche Kleinzelleninfiltration. Die gestielte Geschwulst aus der äußeren Gelenkhälfte dagegen besteht fast ausschließlich aus reinem Fettgewebe, eingehüllt in eine zarte bindegewebige Kapsel (s. 2 Abbildungen). Die erste Geschwulst ist deshalb als entzündliche fibröse Hyperplasie des Fettgewebes anzusprechen im Sinne Hoffa's, der derartige Bildungen als typisch und als Ergebnisse von Traumen beschrieb. Dagegen ist die zweite Geschwulst ein echtes solitäres Lipom, das wahrscheinlich nach der Theorie von König zunächst ein »subseröses Gelenklipom« darstellte, dann aber sich durch die Synovialis in das Gelenk hineindrängte. Der Synovialisspalt, den das Lipom bei dieser Ortsänderung passierte, wird aber gewiß ebenfalls durch eines der erlittenen Traumen zustande gekommen sein.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

55) C. Tomita (Japan). Über Knochentransplantation bei ausgegedehntem Kontinuitätsdefekt der langen Röhrenknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 247.)

Verf. hat in dem Reservehospital zu Nagoya während des russisch-japanischen Krieges bei 5 Schußverletzten Defekte von Röhrenknochen mittels Knochentransplantation mit schönen durch Röntgenbilder wiedergegebenen Resultaten behandelt. Die Fälle sind ganz kurz folgende: 1) Defekt der Tibia. Einpflanzung eines 15 cm langen Ersatzstückes vom Femur eines frisch geschlachteten Kalbes, mittels Säge samt Periost und Mark entnommen. Die beiden zugespitzten Enden des Ersatzstückes werden in die Markhöhlen der Knochenstümpfe am Defekt eingetrieben. Hautnaht bis auf kleine Drainlöcher. Heilung fast per primam. Nach 17 Wochen mit guter Beinfestigkeit und ohne Stock gehfähig entlassen. 2) Tibiadefekt. 8 cm langes Stück vom oberen Ende des defekten Knochens mit Periost und Mark implantiert. Heilung unter Eiterung, zeitweiser Entblößung und partieller Sequesterbildung des Ersatzstückes. Nach 14 Wochen ist letzteres durch Callusbildung fixiert. Nach 23 Wochen Gehfähigkeit auf kurze Wege, sonst ohne Stock etwas

hinkend. 3) Tibiadefekt. Ersatzstück 7 cm lang aus der gesunden Tibia des Pat. Primaheilung. Nach 4 Monaten hinkende Gehfähigkeit mit Stock. 4) Humerusdefekt. Einpflanzung von frischem lebenden Oberschenkelknochen vom Kaninchen in Länge von 7 cm. Fixierung mit Silberdrähten. Primaheilung. Nach 23 Wochen ist das untere Fragmentende unter mächtiger Callusbildung fest fixiert, das obere noch etwas verschieblich. 5) Pseudarthrose im Humerus. Die Knochenstümpfe werden angefrischt und mit Draht befestigt. Außerdem wird ein einer Tibia des Pat. entnommenes Periostknochenstück 4 : 1,5 schienenartig angelegt und ebenfalls mit Draht befestigt. Reaktionslose Einheilung desselben und Konsolidation der Pseudarthrose.

Zum Gelingen dieser Operationen ist erforderlich, daß alles Narbengewebe scharf und glatt exzidiert wird. Die Blutung muß gut gestillt werden, die einzupflanzenden Knochenstücke müssen unter Schonung von Periost und Mark vorsichtig ihrem Standort entnommen werden, wozu sich für die menschliche Tibia eine Kreissäge empfiehlt. Die Stücke müssen lang genug sein, um sich am Orte gut einkeilen zu lassen. Nach T.s Erfahrungen halten sich demselben Individuum entnommene Knochenstücke so lange lebensfähig, daß sie mit dem Fragment gut konsolidieren. Das Periost verwächst in diesem Falle sehr frühzeitig mit den Weichteilen. Tierknochen resp. Periost zeigen selbst keine Wucherungsfähigkeit und scheinen weniger Anlaß zur Callusbildung vom Fragmentende aus zu geben. Jedenfalls heilt lebendes Tierknochengewebe im menschlichen Körper besser ein als tote Substanzen. Es gibt dem Knochen zunächst eine feste Stütze, die dann allmählich durch menschliche Knochen (Callusbildung) ersetzt wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

56) **Stone.** Partial loss of the tibia replaced by transfer of the fibula with maintenance of both malleoli of the ankle.

(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Bei einem an Osteomyelitis der Tibia behandelten Knaben wurde ein großes Stück der Diaphyse nekrotisch und ausgestoßen, so daß zwischen dem übrigbleibenden oberen und unteren Tibiaende eine Lücke von gut 12 cm bestand. S. durchsägte die Fibula im oberen Drittel und pflanzte das Ende des Wadenbeins in eine seitliche Aushöhlung des oberen Endes der Tibia. Das Periost war an beiden Knochen abpräpariert und zurückgeschlagen; über der Einpflanzungsstelle wurde es wieder vernäht. $5^1/_2$ Monate nach dieser ersten Operation wurde das untere Ende der Fibula vertikal in Ausdehnung von 4 cm gespalten, das innere Stück des Spaltes auf das kleine untere Ende der Tibia gesetzt und das zurückgeschlagene Periost ebenfalls darüber vernäht. Das Bein wurde wieder eingegipst. Das Endresultat war günstig, der Knabe konnte auf das operierte Bein gut auftreten. Im Röntgenbilde zeigte es sich, daß die eingepflanzte Fibula an Dicke mit dem Gebrauch des Beines zunahm. **Herhold** (Brandenburg).

57) **Eichler.** Zur Behandlung der Malleolarfrakturen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 307.)

Verf. berichtet über die Erfolge in der Behandlung der Knöchelbrüche auf der Kümmell'schen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses. Die frühere Behandlung bestand fast ausschließlich in fixierenden Verbänden. Seit 1899 wurde die Bardenheuer'sche Extension angewandt. Dabei wurde das Bein in eine Schultz'sche Lade gelegt, d. h. einen offenen Kasten, der an seinem unteren Ende eine Öffnung zur seitlichen Gegenextension und einen Bogen besitzt, der durch ein breites Gummiband verbunden ist zum Zwecke, eine abnorme Plantarflexion des Fußes zu verhindern. Außerdem wird das Kniegelenk leicht gebeugt. In der Regel genügt eine Extensionsbehandlung mit 10 Pfund während etwa 3 Wochen. Später bekommen die Pat. einen Gipsverband zum Gehen und werden in üblicher Weise mit Massage usw. nachbehandelt.

Die Heilungsdauer bei beiden Methoden war ziemlich gleich. Die funktionellen Resultate unterschieden sich aber insofern, als bei der Behandlung mit Gipsverbänden ein guter Erfolg, d. h. volle Wiederherstellung der Beweglichkeit des Fußgelenks und ein Gehvermögen wie vor dem Unfall unter 126 Fällen in 54%, bei der kombinierten Behandlung mit Extension und Gipsverbänden unter 117 Fällen in 72% erreicht wurde. Der Hauptvorzug der neueren Methode ist die Verhütung des traumatischen Plattfußes, der bei der früheren Behandlung in 15%, bei der jetzigen in 4,2% Häufigkeit zu konstatieren war. Endlich ist auch die Vermeidung hartnäckiger chronischer Ödeme (Verhältnis 10,3 : 1,7%) als Vorteil des Extensionsverfahrens hervorzuheben. **Reich** (Tübingen).

58) **P. Tichow.** Luxation im Talocruralgelenk.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Die mit Bruch des äußeren Knöchels komplizierte veraltete Verrenkung nach hinten, deren Mechanismus nicht bekannt war, wurde mit Exstirpation des Talus nach Kocher behandelt. Das funktionelle Resultat war ausgezeichnet. Die Tibia stützte sich nach dem Röntgenbild auf den Proc. ant. calcanei.

V. E. Mertens (Kiel).

59) **A. Kirchner.** Hochgradiger Spitzfuß infolge von nicht reponierter Luxation des Talus nach vorn außen. Ein Beitrag zur Kenntnis der Talusluxationen. Die Frakturen des Sustentaculum tali.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 132.)

K. beschäftigte sich aufs eingehendste mit einem Präparat des Göttinger anatomischen Instituts, das, die im Titel bezeichnete Deformität zeigend, nicht ohne anatomisches Interesse ist, dessen weitläufige und ohne Abbildung gegebene Beschreibung aber für Praktiker wenig Reiz bietet, da jegliche klinische Einzelheit über den Fall fehlt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

60) **Zumsteeg.** Über die Luxatio pedis sub talo nach außen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LIV. p. 222.)

In Fortsetzung der Trendel'schen Arbeit aus der v. Bruns'schen Klinik berichtet Verf. unter Beifügung von Röntgenbildern über zwei neue Fälle der seltenen Luxatio pedis sub talo nach außen. Bei dem einen gelang die Reposition in Narkose, während bei dem anderen blutige Einrichtung notwendig wurde.

Reich (Tübingen).

61) **Goldammer.** Kasuistischer Beitrag zur osteoplastischen Fußresektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 293.)

Bei einer Pat. mit tuberkulöser Zerstörung des unteren Tibiaendes, des Calcaneus, Talus, und der Gelenkflächen von Naviculare und Cuboid bot sich Gelegenheit, eine osteoplastische Fußresektion nach der von Kümmell schon vor 20 Jahren empfohlenen Methode auszuführen. Von einem Hüter'schen Dorsalschnitt aus wurden die genannten Knochen entfernt, der Unterschenkel quer reseziert und dicht proximal vom Lisfranc'schen Gelenk eine quere Sägefläche angelegt. Von der Vorderfläche der Tibia wurde eine Scheibe abgesägt und auf diese Fläche der distale Fußrest unter Verschraubung aufgepflanzt. Tretfläche wurde der wie bei der Syme'schen Methode mit der dicken Fersenkappe inkl. Calcaneusperiost bedeckte Tibiastumpf und das proximale Ende von Metatarsus I und V. Es erfolgte anstandslose Heilung, abgesehen davon, daß später ein kleiner Herd in der Tibia exkochleiert werden mußte. Die Schraube heilte aseptisch ein.

Pat. konnte mit einem einfachen Stiefel mit erhöhter Sohle und zwei seitlichen Schienen sehr gut gehen.

Im Gegensatz zur Resektion nach Wladimiroff-Mikulicz resultiert hierbei ein weniger schwerfälliger und sicherer Gang, eine ziemlich normale Form des Fußes und eine wesentlich einfachere Prothese. **Reich** (Tübingen).

62) **Sassi.** Contributo clinico allo studio della gangrena simmetrica delle estremita.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1907. Nr. 135.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von symmetrischer Gangrän der Füße bei zwei etwa 2 Jahre alten Kindern, die beide vorher an Darmstörungen gelitten hatten und aus tuberkulösen Familien stammten. Die Krankheit, die in beiden Fällen nach etwa 1monatiger Dauer tödlich endigte, hatte mit Cyanose, Druckempfindlichkeit und kaltem Ödem der Füße begonnen. Das Fehlen des Arterienpulses in der Peronea bzw. Tibialis postica weist die Fälle der symmetrischen Gangrän arteriellen Ursprunges zu, während der Mangel der Paroxysmen im Auftreten der Erkrankung und das Fehlen der schmerzhaften Krisen die Gangrän vom Morbus Raynaud abtrennt. Verf. will die Erkrankung auf eine von der Enteritis herrührende Coliinfektion zurückführen, die unter dem Einfluß der skrofulösen Diathese in Wirkung trat. **Dreyer** (Köln).

63) **P. Ewald.** Plattfuß und Fußwurzeltuberkulose. (Aus der orthopädisch-chirurgischen Klinik von Prof. Vulpius in Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

An der Hand von vier Fällen zeigt E., daß fast jede Fußwurzeltuberkulose mit »Plattfußschmerzen« und mehr oder weniger ausgesprochenen objektiven Plattfußsymptomen beginnt, ein diagnostischer Irrtum durch das Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses auf die benachbarten Knochen und Gelenke für den Pat. recht folgenschwer werden kann, während die frühzeitige Erkenntnis und die daraufhin angewandte operative Behandlung des noch umschriebenen Erkrankungsherdes den Fuß zu retten ermöglicht. Wenn die Beschwerden einseitig oder nach einem Unfall auftreten und trotz sachgemäßer Therapie nicht schwinden, ist eine Röntgenuntersuchung dringend anzuraten, die dann zur Feststellung der Tuberkulose führen wird. **Kramer** (Glogau).

64) **Cook.** Fracture of the tarsal scaphoid bone.

(Annals of surgery 1907. Oktober.)

Verf. bespricht 3 Fälle von Bruch des Kahnbeins unter Beifügung der Röntgenbilder. Alle 3 Pat. waren aus der Höhe auf die Füße gefallen, wobei die Zehen plantarflektiert waren, so daß das Kahnbein zwischen Sprung- und Keilbeinen komprimiert wurde. C. betont die Schwierigkeit der Diagnose ohne Röntgen; meistens wird Bruch des Sprungbeins diagnostiziert. Auch trotz Röntgenbild können Verwechslung z. B. mit accessorischen Knochen (Sesambein usw.) eintreten, und ist deswegen stets eine Aufnahme beider Füße notwendig. Im übrigen schließt sich Verf. bezüglich der Behandlung, der Ursachen usw. den von von Bergmann in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie 1905 Bd. LXXVIII. (p. 199) erörterten Grundsätzen an. **Herhold** (Brandenburg).

65) **K. Langfellner.** Einiges über Zelluloidtechnik bei Herstellung von Plattfußeinlagen.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Zur Herstellung der Zelluloideinlagen ist eine gute Zelluloidlösung notwendig die aus einer Mischung von $^2/_3$ gelben und $^1/_3$ weißen Zelluloidabfällen bereitet wird; man nimmt, stets im Verhältnis zum Gefäß berechnet, in dem man die Lösung macht, $^3/_4$ Azeton und fügt dann soviel Zelluloidreste zu, bis das Azeton überzulaufen droht, rührt dann das Ganze zu einem klebrigen Brei durcheinander, läßt ihn dann $^1/_2$ Stunde stehen und rührt sonach noch einmal kräftig um. Aus dieser Stammlösung macht man sich noch eine etwas dünnere Lösung zurecht durch Zugießen von Azeton. Mit dieser wird das mit einer Lage Trikot bedeckte Gipsbreimodell mittels Pinsels kräftig bestrichen und dies in Pausen von je $^3/_4$ Stunde noch zweimal wiederholt. Diese erste Lage muß 24 Stunden trocknen; auf ihr

wird dann das Aluminiumstück (s. Ref. in d. Bl. 1907) angetrieben, darauf mit dem Messer die Stammlösung dick aufgetragen und das Aluminiumstück festgeklebt, schließlich noch eine dritte Lage aus Trikot und Zelluloid angebracht, wozu eine noch dünnere Lösung als vorher verwendet wird. Nach gründlichem Austrocknen wird die Einlage vom Modell abgeschnitten und unter ihr ein Stahlband oder eine Stahlbandfeder angenietet. Kramer (Glogau).

VII. Kongreß

der

Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Der VII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird Sonnabend, den 25. April, im Langenbeckhause, Ziegelstraße 10/11 in Berlin stattfinden. Es sind folgende Zusammenkünfte in Aussicht genommen:

1) Am Vorabend, Freitag, den 24. April, eine Sitzung zur Demonstration von Projektionsbildern (ebenfalls im Langenbeckhause).

2) Die offizielle Eröffnungssitzung am 25. April, vormittags 9 Uhr. In derselben wird Herr Prof. Dr. O. Fischer aus Leipzig einen einleitenden Vortrag über die Wirkung der Muskeln halten.

3) Eine Nachmittagssitzung von 2—4 Uhr. In dieser Sitzung findet die Generalversammlung statt.

4) Nach einer zweiten Pause Beginn der Besprechung über die Krüppelfrage um 5 Uhr. Zu dieser Sitzung werden die Vorsteher der größeren deutschen Krüppelanstalten und die Regierungsvertreter der deutschen Bundesstaaten eingeladen werden. Einleitendes Referat der Herren Biesalski (Berlin) und Rosenfeld (Nürnberg) über bisherige Krüppelfürsorge und rationelle Hilfe nach dem heutigen Standpunkte der Orthopädie.

Mit dem Kongreß ist eine kleine Ausstellung von Plänen, Statistiken usw. von Krüppelanstalten verbunden. Auf Antrag werden die Transportkosten für die auszustellenden Gegenstände von der Gesellschaft getragen.

Vorzustellende, von auswärts kommende Kranke finden in der kgl. chirurgischen Klinik des Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Bier (Ziegelstr. 5/9) Aufnahme.

Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald — spätestens bis zum 1. März — bei Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburger Straße 36, anzumelden. Der Anmeldung ist eine kurze, höchstens 1/2 Druckseite betragende Inhaltsangabe des Vortrages beizufügen.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft gleichfalls an Herrn Prof. Dr. Joachimsthal zu richten.

Zürich, im Januar 1908.

Wilhelm Schulthess,
Vorsitzender für 1908.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, **F. KÖNIG,** in Berlin, **E. RICHTER,** in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 10. Sonnabend, den 7. März 1908.

Inhalt.

I.

Aus der chirurgischen Hospitalklinik in Moskau.
Prof. P. J. Djakonow.

Zur Frage von der Entstehung der mittleren Halsfisteln[1].

Von

Privatdozent Dr. Romuald Weglowski.

Im Anfange der 80er Jahre bewies W. His auf Grund seiner Untersuchungen zweifellos, daß die Entstehung der mittleren Halsfisteln in engem Zusammenhange mit der Entwicklung des mittleren Schilddrüsenlappens steht. — Es blieb nur noch unaufgeklärt, warum

[1] Mitgeteilt auf dem 6. Kongreß russischer Chirurgen in Moskau.

diese Fisteln das eine Mal mit Flimmerepithel, das andere Mal mit mehrschichtigem Epithel ausgekleidet sind, warum sie innerhalb ihrer Wandung Schleimdrüsen, lymphoide Follikel u. a. m. beherbergen.

Streckeisen vermochte einige Klärung in diese Frage zu bringen; er gab die Möglichkeit zu, daß während des embryonalen Lebens, zur Zeit, wo sich der mittlere Schilddrüsenlappen bildet, die dieser Drüse benachbarten Elemente des primitiven Mundes ergriffen und in die Tiefe hinabgezogen werden können.

In Anlaß daran habe ich eine Reihe Untersuchungen ausgeführt[2], welche folgende Resultate ergaben:

Bei einem zwei Wochen alten Embryo beginnt sich auf der vorderen Wand des primitiven Mundes eine mit Flimmerepithel ausgekleidete Vertiefung zu bilden. Sich in die Tiefe entwickelnd, verwandelt sich diese Vertiefung bald in einen Kanal, auf dessen äußerer und unterer Wand sich Zellenmassen zeigen. Dieselben erweisen sich als charakteristisch für die embryonale Schilddrüse.

Der dichte Drüsenfortsatz teilt sich bald in zwei Lappen, einen rechten und einen linken.

Während das untere Ende des eben erwähnten Schilddrüsenfortsatzes kräftig weiter wuchert, erfährt sein oberes Ende, d. h. sein Kanal, regressive Veränderungen. Derselbe verschwindet entweder ganz, oder es gehen nur einzelne Teile desselben verloren, welche beim Menschen gewöhnlich für die ganze Lebensdauer verbleiben.

Untersuchungen haben zweifellos festgestellt, daß bei Entwicklung des mittleren Schilddrüsenfortsatzes einzelne Elemente von der Schleimhaut der Zungenwurzel (mehrschichtiges Epithel, Schleimdrüsen, lymphoide Follikel usw.) mitgerissen und in der Tiefe eingekeilt werden.

Auf Grund mikroskopischer Untersuchungen an Leichen von Kindern und Erwachsenen konnte nachgewiesen werden, daß in jedem dritten Falle, d. h. in mehr wie 30%, auf dem Wege vom Foramen coecum bis zum Schildknorpel wir stets imstande waren, diesen oder jenen Rest von Entwicklung des mittleren Schilddrüsenlappens nachzuweisen.

Diese Überbleibsel können entweder in Form von einzelnen, isolierten, kleinen Schilddrüsenläppchen zur Wahrnehmung gelangen, oder in Form von Kanälen sich darstellen, welche mit diesem oder jenem Epithel ausgekleidet sind — oder sich schließlich als Cysten präsentieren.

Diese isolierten Schilddrüsenläppchen finden sich am häufigsten auf der Vorderfläche des Zungenbeinkörpers; hier sind sie entweder mit dem Periost desselben fest verbunden oder aber erscheinen von ihm getrennt. Weit seltener werden die erwähnten Läppchen in

---

[2] Ich untersuchte 36 menschliche Embryonen (von 2 mm Länge bis 40 cm). Diese Embryonen wurden in eine Serie mikroskopischer Schnitte zerlegt, ein Teil von ihnen wurde rekonstruiert. Ferner machte ich Untersuchungen an 92 Kinderleichen und 25 Kadavern Erwachsener.

der Zungenwurzel gefunden oder in der Gegend zwischen dem Zungenbein und Schildknorpel angetroffen. — Unter günstigen Bedingungen vermögen diese Schilddrüsenläppchen sich in Kröpfe zu verwandeln, welche einmal in der Zungenwurzel gelegen sind, das andere Mal sich auf der Vorderfläche des Zungenbeinkörpers oder unterhalb des letzteren befinden.

Die isolierten Kanälchen sind ebendaselbst gelegen, d. h. auf der Strecke vom Foramen coecum bis zum Schildknorpel; am häufigsten stehen sie in Verbindung mit dem Zungenbeinkörper. — Sie liegen entweder gesondert in kleinen resp. mehr oder weniger langen, häufig sich verzweigenden Abschnitten — oder stehen in Zusammenhang mit den Schilddrüsenläppchen.

Die genannten Kanäle sind in der Mehrzahl der Fälle mit Flimmerepithel ausgekleidet, selten jedoch stößt man auf Gebiete, welche mehrschichtiges Epithel aufweisen. — Innerhalb der Wand dieser Kanäle finden sich nicht selten Schleimdrüsenläppchen und lymphoide Gebilde. Von dem Foramen coecum geht nicht selten ein langer, sich verzweigender Kanal ab, welcher bis an den Zungenbeinkörper heranreicht; meistenteils ist dieser Kanal mit mehrschichtigem Epithel ausgekleidet.

Die Cysten unterscheiden sich nach Lage und Bau in nichts von den Kanälen, sie sind nur ein wenig erweitert und beherbergen schleimigen Inhalt; sie entstehen aus den erwähnten Kanälen und finden sich fast ausnahmslos bei Erwachsenen.

Unter günstigen Umständen vermögen die beschriebenen Kanäle und Cysten in beliebigem Lebensalter sich zu vergrößern, entzünden und sich in eine mittlere Fistel (oder mittlere Cyste) mit all ihren charakteristischen Besonderheiten umzuwandeln.

So komme ich zu folgenden Schlüssen:

1) Beim Menschen finden sich, nach nicht völliger Rückentwicklung des mittleren Schilddrüsenlappens, in mehr als in 30% Überbleibsel des primitiven Ganges, sei es in Form gesonderter Läppchen von Drüsengewebe oder in Form von Kanälen und Cysten.

2) Diese Reste machen sich gewöhnlich durch nichts bemerkbar und vermögen unter günstigen Bedingungen bloß zur Bildung von Kröpfen an ungewöhnlicher Stelle, zur Bildung von Fisteln und Cysten Anstoß zu geben, wobei die letzteren als Vorstadium der Fisteln zu betrachten sind.

3) Der komplizierte mikroskopische Bau der Fisteln (Flimmer- und mehrschichtiges Epithel, Schleimdrüsen, lymphoide Follikel usw.) nimmt seinen Anfang von der Schleimhaut der Zungenwurzel, deren einzelne Elemente bei der Entwicklung des mittleren Schildrüsenlappens in die Tiefe hinabgerissen werden.

II.

Aus dem Rockefeller-Institut für medizinische Untersuchung, Abteilung für Physiologie und Pharmakologie, Dr. S. J. Meltzer, in Neuyork.

Bauchlage zur Verminderung der Pneumathoraxgefahren bei Operationen in der Brusthöhle.

Von

Dr. C. A. Elsberg in Neuyork,
Adjunct Surgeon am Mt. Sinai Hospital.

Daß der akute Pneumothorax ein lebensgefährliches Ereignis ist, ist klinisch und experimentell festgestellt. Darum hat man seit vielen Jahren darnach gestrebt, Methoden zur Verhütung dieser Gefahren zu finden. Das Unterdruckverfahren von Sauerbruch und das Überdruckverfahren von Brauer sind bemerkenswerte Fortschritte in dieser Richtung. Leider sind die Apparate kostspielig und kompliziert — sie sind noch nicht allgemein in Gebrauch gekommen.

Beim Bestehen von Verwachsungen zwischen den Pleurablättern ist die Pneumothoraxgefahr viel kleiner. Es ist darum vielfach versucht worden, künstlich Adhäsionen zu erzeugen. Die hierfür versuchten Methoden (Tamponade, Chlorzinkätzung, Jod, Argentum nitricum, Terpentin, Naht usw.) sind unsicher. Die meisten Operateure haben sich bei Lungenoperationen damit begnügen müssen, den Brustfellraum langsam und vorsichtig zu eröffnen, die Lunge mit Zange oder Pinzette zu fassen, sie hervorzuziehen und an die Thoraxwand zu fixieren.

Um der Pneumothoraxfrage nochmals experimentell näher zu treten, habe ich eine Reihe von Operationen an Hunden vorgenommen.

Wenn man eine kleine (1—5 mm) Öffnung in die rechte oder linke Pleura eines Hundes macht, der auf dem Rücken, oder auf der rechten oder linken Seite liegt, bleibt Atmung und Herzschlag gewöhnlich gut, trotzdem die ein- und ausgeatmete Luft weniger als $^2/_3$ des Normalen beträgt. Manchmal aber sterben die Tiere an Herzkollaps oder unter typischen Pneumothoraxsymptomen — Dyspnoe, Ruptur der Scheidewand zwischen den Brusthälften, doppeltem Pneumothorax. Je größer die Pleuraöffnung, desto größer die Gefahr für das Tier — wenige überleben eine Öffnung größer als der Durchmesser der Trachea resp. Glottis.

Wenn man das Tier aber flach auf den Bauch lagert, kann man große (2—4 cm) Öffnungen in die eine oder andere Pleurahöhle machen. Wenn die Öffnung langsam vergrößert wurde, konnte ich manchmal die halbe Thoraxhälfte entfernen, ohne schwere Pneumothoraxysmptome zu veranlassen.

Man kann eine kleine (1—2 mm) Öffnung in beide Brustfellräume machen, während das Tier auf dem Rücken liegt, und trotz doppeltem Pneumothorax bleibt das Tier oft am Leben. Wenn ich aber Hunde in der Bauchlage operierte, konnte ich einige Mal eine beinahe 1 cm große Öffnung beiderseits machen und die Tiere noch stundenlang leben sehen — trotzdem das Volumen der ein- und ausgeatmeten Luft ein sehr kleines war. Ich habe sogar einige Male schwere Pneumothoraxsymptome bei dem auf dem Rücken liegenden Hunde verschwinden sehen, wenn ich das Tier schnell auf den Bauch legte.

Aus diesen Versuchen geht hervor, daß — wenigstens beim Hunde — die Gefahren des akuten Pneumothorax viel kleiner sind, wenn das Tier auf dem Bauche liegt.

Ich habe dann bei Thoraxoperationen beim Menschen von dieser Bauchlage Gebrauch gemacht — nämlich bei einer großen Anzahl von Empyemoperationen, bei der Operation einer bronchiektatischen Lungenkaverne, bei der transpleuralen Öffnung eines Leber- resp. subphrenischen Abszesses. Bei den letztgenannten Patienten habe ich den Eindruck gewonnen, als ob die breite Eröffnung der Pleurahöhle relativ wenig Einfluß auf die Atmung und die Herztätigkeit hätte. Bei den wegen Empyema thoracis operierten Patienten war es bemerkenswert, daß das Husten und unregelmäßige Atmen, welches gewöhnlich beobachtet wird, wenn die Pleura inzidiert wird und der Eiter abfließt, meistens ausblieb.

Diese klinischen Erfahrungen sind zu wenig zahlreich, um daraus Schlüsse zu ziehen, sie fordern aber zu weiteren Versuchen auf.

Es ist Zweck dieser vorläufigen Mitteilung, auf Grund meiner Tierversuche und der wenigen am Menschen gemachten Erfahrungen die Bauchlage bei Lungen- oder anderen Brusthöhlenoperationen zu empfehlen. Für den, der keinen Über- oder Unterdruckapparat hat, ist sicherlich die Operation in der Bauchlage ein einfaches und nachahmenswertes Verfahren[1].

---

1) **Westenhoeffer.** Atlas der pathologisch-anatomischen Sektionstechnik. 53 S. 34 Abbild.

Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1908.

In anregender knapper Schreibweise gibt W. an der Hand übersichtlicher, meist nach der Natur gezeichneter Abbildungen eine genaue Beschreibung seiner Sektionstechnik, die vor anderen den Vorzug hat, nicht in ein Schema eingezwängt zu sein. Besonderen Wert legt W. mit Recht auf genaueste Berücksichtigung der topographischen Verhältnisse, deren Kenntnis und Beurteilung sehr häufig, besonders nach operativen Eingriffen, Unfällen usw., viel richtiger ist, als die minutiöse

[1] Nachdem meine Tierversuche beinahe beendigt waren, erschien der Bericht des letzten französischen Chirurgenkongresses, wo Depage dringend dazu riet, daß alle Pleuraoperationen in der Bauchlage gemacht werden sollten.

Beschreibung der herausgenommenen Organe. Jeder Handgriff auch der weitgehendsten Sektion wird kurz und klar beschrieben, auf exaktes und sauberes Arbeiten stets hingewiesen. Dem Anfänger wird der Atlas das Studium der Sektionskunst erleichtern und sein Interesse steigern, aber auch der Geübte, der nach anderer oder eigener Methode arbeitet, wird ihm manchen wertvollen Fingerzeig entnehmen können.

Vorderbrügge (Danzig).

---

2) **K. Corning.** Lehrbuch der topographischen Anatomie für Studierende und Ärzte. XVI und 717 S. 604 Abbildg., wovon 395 in Farben.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1907.

Unter der Zahl von Werken über topographische Anatomie, die wir in den letzten Jahren erhalten haben, zeichnet sich das vorliegende dadurch aus, daß es bei der sehr großen Zahl von Abbildungen, die es bietet, doch auch eine vollständige Darstellung des behandelten Stoffes durch das Wort gibt, also mehr bietet, als nur einen Atlas mit erläuterndem Text. Die Abbildungen sind zum Teil anderen Werken entnommen, zum größeren Teil aber hier zum erstenmale publiziert. Die meisten geben das genaue Bild verfertigter Präparate wieder, eine kleine Zahl ist mehr schematisch entworfen, um dieses oder jenes topographische Verhältnis klarer wiederzugeben. Die Verwendung von Farben zur Unterscheidung der einzelnen Organe bzw. Gewebe ist meist eine diskrete, nur hier und da herrscht eine gewisse Farbenfreudigkeit. Die Ausführung der Bilder im ganzen ist tadellos. Mehr als bisher sehen wir auf ihnen die Lymphbahnen und Lymphdrüsen wie die Fascien berücksichtigt.

Im Text gibt Verf. natürlich an vielen Stellen Hinweise auf die praktische Verwertung der von ihm dargestellten Verhältnisse; doch wünschte hier und da der Chirurg wohl noch ein näheres Eingehen aufpathologische und therapeutische Fragen. Auch vermißt er die Beschreibung der Epithelkörperchen (Nebenschilddrüsen) und der Carotisdrüse, deren Topographie für ihn von Wert ist. Und ein kleiner Fehler, der mir zufällig aufgestoßen, wäre zu verbessern: Die Behauptung auf p. 659, die Hernia obturatoria käme bei Männern viel häufiger vor als bei Frauen; bekanntlich ist das Gegenteil der Fall.

Solche kleine Aussetzungen sind aber wertlos gegenüber dem ganzen — übrigens von der Verlagshandlung in jeder Beziehung vorzüglich ausgestatteten Werke, das sich sicher viele Freunde erwerben dürfte.

Richter (Breslau).

---

3) **H. Goldschmidt.** Betrachtungen über die Endoskopie der Harnröhre.

(Therapie der Gegenwart 1907. Nr. 11.)

G. hat ein Instrument konstruiert, das gestattet, die vordere und hintere Harnröhre durch Wasserdruck gleichmäßig zu entfalten und

mit Hilfe einer daran angebrachten elektrischen Lampe und Optik zu besichtigen. Auch eignet sich das Instument zur Applikation von Medikamenten.

Verf. bespricht kurz die Affektionen, die wir uns auf diese Weise leicht zu Gesicht bingen können, und empfiehlt die Nachprüfung des Instrumentes, das von der Firma L. u. H. Loewenstein, Berlin, gefertigt wird.

Silberberg (Breslau).

---

4) **Barney.** Epithelioma of the penis. An analysis of one hundred cases.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

In den 100 Fällen, über welche berichtet wird, schwankte das Alter zwischen 25 und 83 Jahren, 89 der Leute waren verheiratet, 11 unverheiratet.

Es waren alle in Amerika vorkommenden Nationalitäten, nur keine Juden vertreten; vielleicht hat doch die Beschneidung der Rasse eine gewisse prophylaktische Bedeutung bezüglich des Peniskarzinoms.

42mal ist über das Vorhandensein von Phimosis berichtet, und zwar war sie 36mal in diesen 42 Fällen vorhanden. B. glaubt, daß der Phimosis eine gewichtige ätiologische Rolle zukomme. Aber auch auf dem Boden venerischer Narben sowie als Folge von stattgehabtem Trauma kann sich ein Karzinom entwickeln.

Man unterscheidet das blumenkohlartige und das ulzerierende Penisepitheliom. Von 65 Fällen, in welchen über den Sitz des Karzinoms berichtet ist, saß es 45mal = 69% an der Eichel. Die klinischen Symptome bestanden in Verengerung der Eichel und Anschwellung der Leistendrüsen (75%). Jedoch waren diese Drüsen nicht immer metastatisch, sondern in 15% nur einfach hypertrophisch vergrößert. Ein dorsaler Lymphstrang auf dem Penisrücken war sehr selten zu fühlen. Metastasen saßen fast nur in den Beckenorganen und betrafen vorwiegend die Lymphdrüsen; in 15% der Fälle fanden sich Metastasen in vitalen Organen (Leber, Lunge, Hirn usw.). Das Epitheliom beginnt a. als Warze, b. als Bläschen, c. wunde Stelle und d. nur selten als Geschwür. Das Ausbreiten geschieht a. durch die subkutanen Lymphwege, b. durch Einbruch in die Corpora cavernosa durch die Scheide derselben (gewöhnlich sehr spät) und drittens durch sekundäre sich in den Corpora cavernosa bildende Knoten.

Rezidive 1 Jahr nach der Operation kamen in 39%, 2 Jahre in 19%, 3 Jahre in 16%, in über 5 Jahren in 12% vor. Die operative Mortalität ist 1%; 38% der operierten Fälle wurden geheilt ohne Rückfälle. Frühzeitige Amputation des Penis ist die Operation der Wahl; Transplantationen der Harnröhre in den Damm sind unnötig.

Herhold (Brandenburg).

---

5) **Summers.** The conservativ surgical treatment of the hypertrophy of the prostate gland in the very feeble and aged.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

Die Gefahren der Prostatektomie sind bei geschwächten Individuen immer noch sehr große. S. macht in solchen Fällen daher zunächst die suprapubische Cystotomie, indem er dabei eine Gibson'sche Klappenfistel anlegt. Diese präliminare, suprapubische Cystotomie hat vor der perinealen folgende Vorteile: 1) sie gibt eine bessere Übersicht über die Blase und die etwa in ihr befindlichen Steine usw.; 2) die Drainage ist besser und milder; 3) die Pat. können außer Bett sein, ein Ausspülen der Blase ist bequem zu machen. Nachdem sich die Pat. nach einer gewissen Zeit, die sich über 1—2 Jahre hinziehen kann, erholt haben, macht S. die perineale Prostatektomie. Er gibt zu, daß die suprapubische Prostatektomie ebenfalls nach dieser Zeit ausgeführt werden kann. Drei auf diese Weise operierte Fälle werden beschrieben.

Herhold (Brandenburg).

---

6) **G. Koch.** Über isolierte Prostatatuberkulose.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. I. Hft. 3.)

Unter den von K. zusammengestellten 87 Sektionsbefunden von Genitaltuberkulose findet sich 86mal die Prostata affiziert. Nur ein einziges Mal sind von den Geschlechtsorganen beide Hoden allein von Tuberkulose ergriffen, während 30mal die Prostata erkrankt ist ohne Erkrankung von Hoden oder Nebenhoden.

Dieses Ergebnis stimmt überein mit den von anderen Autoren erhobenen Sektionsbefunden: aus der Gesamtstatistik von 243 autoptisch untersuchten Fällen von Genitaltuberkulose ergibt sich, daß 78mal (= 32,0%) isolierte Prostatatuberkulose und nur 47mal (= 19,34%) isolierte Hodentuberkulose gefunden wurde. Prostata- und Hodentuberkulose bestand in 118 Fällen.

Die Prostata wird also bei der Genitaltuberkulose in der großen Mehrzahl der Fälle erkrankt befunden; ferner ist die Hodentuberkulose im Vergleich mit der isolierten Prostatatuberkulose und der gleichzeitigen Erkrankung beider Organe als seltene Erkrankung zu betrachten.

Diese Ergebnisse widersprechen völlig den von chirurgischer Seite (v. Bruns, Haar, Simon) gemachten Erfahrungen. Der Widerspruch erklärt sich einmal daraus, daß die Feststellung der Prostatatuberkulose oft auf dem Sektionstisch noch schwierig, klinisch meist unmöglich ist, und daß die Tuberkulose der Prostata meist gutartig zu verlaufen pflegt.

Bei gleichzeitiger Hoden- und Prostatatuberkulose ist die Prostata meist sekundär auf dem Wege der Vas deferens befallen, doch kommt auch der umgekehrte Infektionsmodus auf hämatogenem Wege vor.

Trappe (Breslau).

---

7) **C. J. Bond.** On the urinary mucous tract, and not the blood stream, as the route of invasion by pathogenic organisms under certain conditions.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 7.)

Es gibt eine Anzahl Fälle von Pyelitis, für die irgendeine der gewöhnlichen Ursachen (Stein, instrumentelle Infektion der Harnwege, Tripper, Striktur usw.) nicht beschuldigt werden kann, die sich aber auch nicht einfach erklären lassen als hämatogene Infektion durch Bakterien, die auf ihrer Wanderung durch die Harnwege diese in Entzündung versetzen. Zwei Umstände werfen nach B.'s Meinung Licht auf die Ursächlichkeit: die Fälle betreffen meist Frauen, und zwar im Zustande der Schwangerschaft. Ausgehend von seinen früheren Beobachtungen (Zentralblatt 1905 Nr. 42, Referat), daß unter gewissen Umständen im Urogenitalsystem ein aufwärtsgehender Schleimstrom besteht, der nachweislich imstande ist, Farbkörperchen, wie Indigo, von der Harnröhre bis ins Nierenbecken zu befördern, benutzt er in dieser Arbeit nochmals die Entdeckung, um durch sie die Entstehung solcher Pyelitiden zu erklären. Die Vorbedingung für solche Aufwärtswanderung von Keimen sei irgendeine vorübergehende oder dauernde, völlige oder unvollständige Stauung im Urinstrom.

Diese Anschauung vom Schleimstrom, der dem Absonderungsstrom entgegengesetzt verläuft, überträgt B. auch auf andere Organe, die durch einen Ausführungsgang mit der Außenwelt oder mit anderen keimführenden Organen in Verbindung stehen, z. B. auf die Gallenwege, Pankreas, Speicheldrüsen, Peritonealhöhle beim weiblichen Geschlecht. So konnte er Indigo, das per os genommen war, in Gallenblasenfisteln wieder nachweisen. Er stellt diese »Schleimstrominfektion«, die alle Gänge und Hohlräume befällt, in Gegensatz zur hämatogenen Infektion, die erkennbar ist an ihrer Neigung für das Parenchym der Organe. **Weber** (Dresden).

---

8) **A. E. Gallant.** The long-waisted woman and her movable kidney.

(New York med. record 1907. Juli 27.)

G. bespricht die Ätiologie und Symptomatologie der Splanchnoptose und Nephroptose und weist auf die Bedeutung unzweckmäßiger Kleidung und mangelnder Körperpflege während der Wachstumsveränderungen in der Pubertät, die für Entstehung des genannten Leidens die größte Bedeutung haben, hin. Zwei Fälle von traumatischer Nierenverschiebung werden kurz berichtet. G. rühmt die Erfolge seines Korsetts, das bis zur Symphyse herunter reicht und einen keilförmigen Vorderschnitt besitzt, unten eng und im Epigastrium breit, um das Herabsinken der Bauchorgane nach unten zu verhindern, sowie reichlich Raum für die Atmung zu lassen. Das Anmessen und die

Anlegung soll in »Semiopisthotonoslage« erfolgen bei erhöhter Hüftenhaltung, damit die Eingeweide nach dem Zwerchfell herabsinken.

Loewenhardt (Breslau).

9) **Howell** and **Wilson.** Movable kidney.

(Practitioner 1907. Oktober—Dezember.)

Interner und Anatom haben sich hier vereinigt, um in einer umfangreichen Arbeit die historische Entwicklung, Definition und Einteilung, Anatomie, Pathologie, Symptomatologie sowie Therapie der Wanderniere zu besprechen. Betreffs der Therapie stehen Verff. nicht auf dem Standpunkte von Treves, der nur bei Stieltorsion eine Nephropexie ausgeführt, sonst stets eine Pelotte angewandt wissen will, sondern sie halten die Festlegung der Niere für notwendig: 1) in allen akuten, schmerzhaften, mit Erbrechen und gelegentlicher Hämaturie einhergehenden Fällen; 2) bei pathologischer Veränderung der Niere (Hydronephrose, intermittierender Albuminurie, Nachweis von Zylindern, oft auftretendem Harndrang); 3) wenn die Wanderniere mechanische Veränderungen resp. Störungen in anderen Organen hervorruft (Magen, Duodenum, Gallenblase, Choledochus); 4) in allen denjenigen Fällen, wo trotz Gebrauches einer Bandage heftige Schmerzen in der Lendengegend bestehen. Kontraindiziert ist der operative Eingriff 1) bei Enteroptose, 2) bei bedeutendem Prolaps der weiblichen Genitalien, 3) bei Neurasthenie. Die Nephropexie wird in der Weise ausgeführt, daß nach gehöriger Entfernung des Nierenfettes die Capsula propria breit gespalten und mittels feiner Seidennähte an die Muskulatur (Transversus und Obliquus internus) angenäht wird. Von 41 behandelten und später operierten Fällen wurden 12 völlig geheilt, 8 bedeutend gebessert, 12 gebessert und 9 ohne weitere Besserung entlassen. Unter diesen Pat. waren 24 mit sogenannten akuten Fällen, von denen 11 durch die Operation völlig gesund (45%), 33% gebessert wurden; die übrigen 17 waren »chronische Fälle« mit 6% völliger Heilung und 70% Besserung.

Jenckel (Göttingen).

10) **P. Reynier.** Pathogénie du rein mobile et des ptoses en général.

(Bull. de l'acad. de méd. 1907. Nr. 30.)

Die Eingeweide werden durch eine physiologische Spannung der Bauchwandmuskulatur in ihrer Lage erhalten. Dieser Tonus ist jedoch vom Nervensystem abhängig, und ein geschwächtes Nervensystem kann letzteren nicht auf der nötigen Höhe erhalten. Die Bauchdecken geben in allen diesen Fällen (angeborene Schwäche, geistige und körperliche Abnutzung, Anämie, schlechte Ernährung, Blutungen usw.) nicht mehr den nötigen Halt, sie werden gedehnt, und die Eingeweide verlagern sich.

Deshalb muß man alle Ptosen als funktionelle Störungen des Nervensystems auffassen, und deshalb zeigen sie sich auch im Gefolge von das Nervensystem schwächenden Erkrankungen. Als Beispiel

dafür erwähnt R. ein Mädchen, das nach überstandenem Typhus einen Gebärmuttervorfall bei unversehrtem Hymen bekam, der nach Hebung des Allgemeinbefindens völlig ausheilte.

Mit der Ansicht Lucas-Championnière's, daß die bei der Nierensenkung gegebenen Schmerzen eine Folge von Zerrung nervöser Organe seien (Ref. Zentralbl. für Chirurgie 1907 p. 1514), kann sich Verf. aus anatomischen Gründen nicht einverstanden erklären. Die Ursache für dieselben sucht er vielmehr in der Knickung des Harnleiters. Mit der dadurch gegebenen Stauung tritt Vergrößerung des Nierenvolumens und Schmerz ein. Beide verlieren sich sofort nach Reposition und Herstellung ungestörter Sekretion.

Daß Störungen des Plexus solaris durch Vermittlung des gezerrten Plexus renalis möglich sind, will R. nicht leugnen. Er führt darauf die akuten postoperativen Magenerweiterungen, die er öfters nach Nephropexien sah, zurück.

Von 102 Fällen wurden 61 mit Nephropexie, 41 mit Gürteln und Korsett behandelt.

Die Operation führte R. nur in der arbeitenden Klasse aus. Im übrigen empfiehlt er ein den ganzen Bauch umschließendes Korsett.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

11) **A. Thomson.** The making of a shelf below the unduly mobile kidney.

(Edinb. med. journ. 1907. Oktober.)

Zur Fixation der Wanderniere empfiehlt Verf. nach dem Vorschlage von Harris-Chicago, den Raum unterhalb der Niere durch Nähte zu verkleinern, um so dem Organ von unten her eine gute Stütze zu verleihen. Nach Spaltung der Fascia perirenalis soll das am unteren Nierenpole gelegene Fett beseitigt und dann das Peritoneum parietale mit der seitlichen Bauchwand (Fascia suprarenalis und Aponeurose des M. transversus und obliquus internus) durch Knopfnähte (Chromgut) soweit vereinigt werden, bis ein gutes Polster entstanden ist, das die Niere in der normalen Lage hält. Die letzten Dorsal- und ersten Lumbalnerven sind bei der Naht zu vermeiden. Ist der Nierenraum sehr groß gewesen und das Peritoneum parietale bis zur Innenseite des Colon ascendens gelockert, so soll das Bauchfell unmittelbar an der Außenseite des Kolon eröffnet, und durch tiefe Nähte das Bauchfell der Innen- und Außenseite des Dickdarmes mit der Bauchwand verbunden werden. Überhaupt hält Verf. die jedesmalige Eröffnung des Bauchfells an der Außenseite des Kolon zur besseren Orientierung und Ausführung der Naht für empfehlenswert. Bei fünf auf diese Weise behandelten Pat. war das Endresultat ein ausgezeichnetes.

Jenckel (Göttingen).

---

12) **Burci.** Contributo sperimentale allo studio degli effetti e della sorta delle suture nelle ferite del rene.

(Sperimentale 1907. Nr. 4.)

B. legte bei Kaninchen und Hunden eine Niere frei und schnitt in sie aufs Nierenbecken ein. Mit Seide oder Catgut wurde danach vernäht, und zwar a. die Papillen, b. das Parenchym, c. Oberfläche. In der Umgebung der Fäden bildeten sich, besonders wenn sie fest angezogen werden, Nekrosen. Die Veränderungen sind um so stärker, je tiefer die Naht vom Rande liegt. In der Umgebung des Schnittes kommt es zu Neubildung von Glomerulis und von Epithelien. Zur Konkrementbildung führten die Fäden nie. Urininfiltration wurde nie beobachtet.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

13) **W. Kotzenberg.** Über Nierenblutungen.

(Med. Klinik 1907. p. 1515.)

Fälle chronischer Nephritis, die zu stärkeren Blutverlusten durch den Urin führen, sind für die Praxis von großer Bedeutung. Für die überwiegende Zahl der 160 veröffentlichten Fälle »essentieller Nierenblutung« haben sich andere Erklärungen gefunden. Auch die Annahme »renaler Hämophilie« hat bei solchen essentiellen Nierenblutungen wenig Wahrscheinlichkeit für sich; von den in den letzten Jahren in Kümmell's Eppendorfer Abteilung beobachteten Hämophilen wenigstens litt keiner an Blutungen aus den Harnwegen. K. suchte zu ergründen, inwieweit die Ansicht zu Recht besteht, daß es sich bei »essentiellen Nierenblutungen« um einseitige Nierenentzündung handelte. Unter 400 Nierenoperationen wurde 12mal die Niere wegen starken Bluthamens operativ in Angriff genommen, ohne daß sich bei der Operation greifbare krankhafte Veränderungen an den Nieren fanden Eine einseitige Nephritis gibt es nicht. Kann bei scheinbarer essentieller Nierenblutung mit Hilfe des Blasenspiegels und des Harnleiterkatheters die Erkrankung als einseitig nachgewiesen werden, so würde man geneigt sein, eine Geschwulst anzunehmen. Wie zwei ausführlicher mitgeteilte Fälle beweisen, können aber die klinischen Anzeichen völlig und deutlich für einseitige Erkrankung sprechen; trotzdem stellt sich pathologisch-anatomisch beiderseitige Nephritis heraus, und zwar auch schon bei beginnender Krankheit. Selbst die mikroskopische Untersuchung gibt häufig einen Aufschluß erst dann, wenn bei der Nephrotomie Probestückchen aus den verschiedensten Teilen entnommen werden oder wenn die gesamte entfernte Niere genau durchmustert wird. Die nephritischen Veränderungen machen den Eindruck einer toxischen Einwirkung, einer vielleicht gar nicht schweren Infektion. Genaue Erhebung der Krankheitsvorgeschichte könnte nach dieser Richtung hin vielleicht manche »essentielle Nierenblutung« klären.

Nephritische Massenblutung und Nierengeschwulst vermögen wir mit unseren heutigen Hilfsmitteln noch nicht zu unterscheiden. Daher

ist operativ vorzugehen, zunächst konservativ, da es sich um eine doppelseitige fortschreitende Erkrankung handelt. Die Entspannung des hyperämischen Gewebes wurde durch Nephrotomie und durch Nierenenthülsung gleich gut erreicht. Ersterem Verfahren ist der Vorzug zu geben. **Georg Schmidt** (Berlin).

14) **Sourdille.** La lithiase rénale primitive.

(Arch. génér. de chir. 1907. September u. November.)

Eine ausführliche lesenswerte Monographie über Pathogenese, Symptomatologie und Diagnose der Nierensteinerkrankung.

Für die Entstehung der Steine hält Verf. das Zusammentreffen von Schädigungen des Nierenparenchyms mit gesteigerter Ausscheidung von Extraktstoffen unumgänglich nötig. Neben den Harnsäure- und Oxalsäuresalzen spielen auch die phosphorsauren Salze eine große Rolle. Die gesteigerte Ausscheidung dieser Salze kommt vor allem durch individuelle, dyspeptische und nervöse Einflüsse zustande, während die Parenchymschädigungen durch mechanische oder toxische Verletzungen des Nierenepithels bewirkt werden. Diese Ursachen bedingen auch das doppelseitige Auftreten der Steinbildung, das mit der Vervollkommnung der Nierendiagnostik immer häufiger beobachtet werden wird.

Bezüglich der Krankheitserscheinungen unterscheidet S. zwischen aseptischen und septischen Nierensteinerkrankungen. Die ersterwähnten können latent verlaufen oder mehr oder minder deutliche Symptome bedingen. Hier werden unbestimmte Schmerzen in der Lendengegend, die schmerzhafte Ausscheidung von Nierengries und -Steinchen bei der Miktion, die Nierenkoliken, Schmerzen bei Bewegungen und in der Ruhe durch Nierenkongestion, ausstrahlende Schmerzen und eine Reihe von Reflexphänomenen angeführt. Verf. unterscheidet den renorenalen Reflex — Schmerzen auf der gesunden Seite bei Tastung der Kranken —, der jedoch inkonstant ist und auf eine doppelseitige Erkrankung hindeuten soll; ferner den renoureteralen Reflex, der den Typus der Nierenkolik darstellt, und endlich den renovesikalen Reflex, der durch Schmerzen in der Blase gekennzeichnet ist, obwohl diese cystoskopisch sich völlig gesund erweist. Eine besondere Beachtung finden noch die Hämaturien, die durch Erschütterungen vor und nach der Nierenkolik oder spontan infolge Nierenkongestion eintreten können. Eigenartig sind die angeführten Störungen des Genital- und des Digestionskanales. Orchitis und Oophoritis, Pseudotyphlitis und Appendicitis, Colitis membranacea, Sigmoiditis, Tympanitis, chronische Verstopfung, die oft die einzigen Symptome einer latenten Nephrolithiasis sein sollen.

Die Erscheinungen der infizierten Nephrolithiasis — Pyelonephritis und Pyonephrose — werden nur kurz erwähnt.

Der Wert der Cystoskopie und der funktionellen Nierendiagnostik wird betont. Für die letztere kommt in erster Linie der Harnleiterkatheterismus und erst, wenn dieser unmöglich ist, die Separation des

Blasenharns nach Luys in Frage. Auf Grund von 15 Fällen glaubt Verf. bezüglich der Nierenfunktion schließen zu können, daß die kranken Nieren, so lange sie nicht völlig insuffizient sind, mehr Harn produzieren als die gesunden; ebenso ist die Harnstoff- und Kochsalzausscheidung auf der kranken Seite größer, während die Methylenblauausscheidung verzögert und weniger intensiv ist. Die probatorische Polyurie (Albarran) ergibt, daß oft auch die scheinbar gesunde Niere die Erscheinungen der Steinnephritis zeigt, weshalb Verf. die Nephrektomie wegen Lithiasis nur im dringendsten Notfalle für erlaubt erachtet.

Von besonderer Bedeutung für die Diagnose ist noch die Röntgenographie, die für die Lithiasis der Nieren das darstellt, was die Cystoskopie für die Blasengeschwülste ist. Sie soll in keinem verdächtigen Falle versäumt werden, wenn auch ein negatives Resultat für einzelne Fälle (kleine Steine, reine Harnsäurekristalle) nicht beweiskräftig ist.

Strauss (Nürnberg).

---

15) **Rigby.** The operative treatment of calculi impacted in the pelvic portion of the ureter.

(Annals of surgery 1907. November.)

Für die Operation der in dem untersten Teile des Harnleiters sitzenden Steine sind verschiedene Wege angegeben, z. B. transperitoneale, perineale, parasakrale, vesikale, rektale, vaginale. Die vaginale Methode läßt R. gelten, wenn die Steine durch die Scheide hindurch gefühlt werden; sonst gibt er bei diesen juxtavesikalen Harnleitersteinen der parasakralen Methode den Vorzug. Die letztere wird folgendermaßen ausgeführt: Steißlage mit erhöhtem Becken, $3^1/_2$ Zoll langer Schnitt, parallel mit dem Steißbeine beginnend, 2 Zoll unterhalb des unteren Afterrandes. Durchschneiden des Gesäßmuskels und des Lig. sacro-ischiadicum, dann stumpfes Vordringen im subperitonealen Raume zum Harnleiter. Dieser wird etwa $^3/_4$ Zoll oberhalb der Spina ischii angetroffen. Die Öffnung des gespaltenen Harnleiters wird nachher durch feine Catgutnähte geschlossen, ebenso mit stärkerem Catgut die übrigen Weichteile. Die Vorteile dieser Operation sollen darin beruhen, daß man in nicht so großer Tiefe und mit sehr geringem Blutverlust operiert. Fünf auf diese Weise operierte Fälle werden beschrieben, bei einigen derselben kam es zu einer nur vorübergehenden Harnleiterfistel.

Herhold (Brandenburg).

---

16) **Bernard** et **Salomon.** Rétentions rénales tuberculeuses expérimentales.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1906. Nr. 9.)

Unterbindung eines Harnleiters und Infektion vom Blutweg aus mit Tuberkulose in zwölf Fällen; Harnleiterunterbindung und Nierenbeckeninfektion in neun Fällen. Das erstere Verfahren ergab siebenmal, das zweite achtmal ein positives Resultat, und zwar teils in Form

einer tuberkulösen Pyonephrose, teils in der einer Hydronephrose, deren Wand kleine Lymphknötchen trägt.

Histologisch kann man den Weg der Infektion, ob er auf- oder absteigend war, an der Beschaffenheit und Anordnung der Tuberkeln erkennen.

Die Infektion sowohl vom Harnleiter als vom Blutweg aus blieb ohne Harnleiterunterbindung stets ergebnislos.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

17) **A. Götzl.** Zur experimentellen Diagnose der Nierentuberkulose.

(Med. Klinik 1907. p. 1487.)

Die für chirurgisches Handeln bei Verdacht auf Nierentuberkulose wichtige Frage, ob im Harn Tuberkelbazillen enthalten sind, kann genauestens nur durch den Tierversuch geklärt werden. Über seine Ausführung herrscht noch keine Übereinstimmung. Bei Impfung in die Bauchhöhle des Meerschweinchens tritt leicht Tod durch septische Mischinfektion ein, oder es ist Verwechslung mit spontaner Fütterungstuberkulose möglich. Ein derartiges Erlebnis bestimmte G., zur Impfung unter die Haut (der Leistengegend) überzugehen.

Dieses Verfahren bewährte sich in 29 Fällen von Verdacht auf Nierentuberkulose, wie Operation und Verlauf zeigten. Die Abänderung von Bloch — gleichzeitige Quetschung der Leistendrüsen — ist nicht erforderlich.

Georg Schmidt (Berlin).

---

18) **C. Schindler.** Über antiperistaltische Bewegung des Vas deferens und die Behandlung der akuten gonorrhoischen Urethritis posterior.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXV. p. 985.)

S. tritt warm für den Neisser'schen Standpunkt betreffs Behandlung der Urethritis posterior acuta ein. Durch experimentelle Untersuchungen hat er festgestellt, daß antiperistaltische Bewegungen des Vas deferens nur dann eintreten, wenn das entzündete Caput gallinaginis mechanisch oder elektrisch gereizt wird, daß also die Gefahr einer Epididymitis vermieden werden kann, wenn der Guyon'sche Katheter mit Vorsicht bis gerade in den Schließmuskel eingeführt wird. Gestützt auf diese Tatsache und auf die Erfahrungen an der Neisser'schen Klinik verlangt Verf. stets die antiseptische Behandlung der akuten Urethritis posterior gonorrhoica ebenso wie der anderen Komplikationen der Gonorrhöe.

M. Winkler (Luzern).

---

19) **K. Büdinger.** Die Ätiologie der Hodenretention.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 532.)

Des Verf.s Auslassungen zur Sache beruhen auf häufigen Lokalautopsien, zu welchen ihm Operationen bei Retentio testis Gelegenheit

gaben. Hierzu kommen weiter einige genau aufgenommene einschlägige Sektionsbefunde. B. unterscheidet folgende Arten der Hodenretention: 1) Die unklomplizierte Retention, bei der diese die einzige Entwicklungsanomalie des sonst normalen Individuums ist. 2) Die komplizierte Retention, wo neben letzterer noch grobe Störungen in der Entwicklung der Geschlechts- oder anderer Organe vorhanden sind. 3) Die innere Hodendystopie. Hier ist der Hoden innerhalb des Bauchraumes verlagert. Die weitaus häufigste, in ca. 90—95% der Fälle vorliegende Art der Retention ist die unkomplizierte, und auf sie beziehen sich daher auch größtenteils B.'s eigene praktische Erfahrungen. Sein Operationsverfahren, das seine anatomischen Befundaufnahmen ermöglichte, besteht in der Freilegung des ganzen Leistenkanales, an die eine beträchtliche Erweiterung des Zuganges nach oben angeschlossen wurde, also in einer Art Herniolaparotomie, die es gestattet, den Processus vaginalis, die angrenzenden Partien des Bauchfelles, die Hodengefäße, den abdominalen Teil des Ductus deferens genau zu übersehen und vorhandene intraabdominale Hindernisse zu beseitigen. Dabei wird das Bauchfell eröffnet und mit der Muskulatur bis etwa in die Höhe der Spina il. ant. sup. gespalten. Zum Schluß Implantation des Hodens in den Hodensack und genauer Schluß von Bauchwunde und Leistenkanal. Auf diese Weise sind 24 Operationen gemacht bei den Retentionen geringeren Grades mit durchgängig befriedigendem Resultat. Der Grund für die Hodenretention scheint nach B.'s bei diesen Operationen gemachten Erfahrungen am meisten in mechanischer Behinderung der Hodenwanderung zu liegen; denn in 15 unter den 24 Fällen fanden sich peritonitische Narben und Verwachsungen, z. T. weißlich und schwielenartig, die der Beweglichkeit des Hodens Abbruch taten. Die fraglichen Verwachsungen fixierten manchmal den Hoden an das Coecum oder den Wurmfortsatz oder umschlossen auch die Hodengefäße. Die fragliche peritonitische Narbenbildung betraf stets im wesentlichen den Hodenscheidenfortsatz und ist mit Wahrscheinlichkeit auf einen lokalen peritonealen Entzündungsprozeß zu deuten, der sich im embryonalen oder im frühesten postembryonalen Leben in der Nachbarschaft des Leistenkanales abspielt und größere Strecken des Bauchfellüberzuges aufbraucht. Dagegen scheint die Annehmbarkeit einer embryonalen Orchitis kaum wahrscheinlich. Außer diesen Befunden kommt die Heredität der Hodenretention ätiologisch mit Bestimmtheit in Betracht, wofür B. eigene Fälle als Beleg anführt. Alle sonstigen Erklärungsversuche für das Leiden, als Kleinheit des Hodensackes, Verengerungen am äußeren Bauchring, sowie am Eingange des Scrotum, angeborene Entwicklungsstörungen des Hodens, abnorme Kürze der Hodengefäße oder des Ductus deferens bzw. des Samenstranges, Anomalien des Gubernaculum, erklärt B. für teils unwahrscheinlich, teils unbewiesen oder gänzlich unbrauchbar und hinfällig. Die komplizierten Hodenretentionen und die inneren Hodendystopien sind in ihren letzten Gründen vollends ganz unverständlich.

Bemerkenswert sind vier gute Abbildungen, welche den Befund bei den mit verarbeiteten Sektionsfällen veranschaulichen. Auch bei ihnen handelt es sich um peritonitische Verwachsungen.

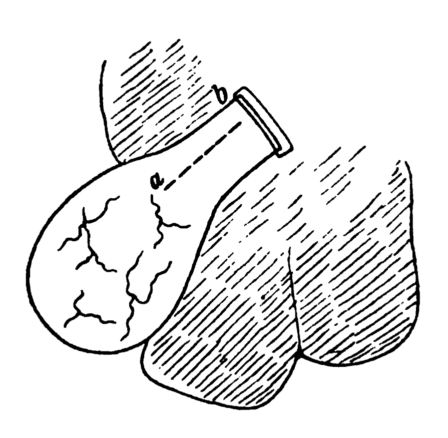
Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

20) **Andrews.** The »bottle operation« method of the radical cure of hydrocele

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

Die von A. angegebene Methode für die Hydrokelenoperation ist eine Modifikation der bekannten Winkelmann'schen Methode. Nach Durchschneiden der Hodensackhaut durch einen vorderen Schnitt wälzt A. den uneröffneten Hydrokelensack heraus. Nun sucht er sich am Halsteil des Sackes an der vorderen Fläche eine kleine Rinne auf, welche regelmäßig dort vorkommen und zum Samenstrang hinaufziehen soll (*ab*), in dieser wird die Tunica vertikal 2 cm gespalten, durch den engen Schlitz der Hode herausgedrängt und sofort der Hydrokelensack umgekehrt. Jetzt liegt die innere Serosafläche außen und nach hinten vom Hoden, ihr oberer Teil umgibt so eng den Samenstrang, daß ein Wiederumkehren und ein Zurückschlüpfen des Hodens nicht möglich ist. Infolgedessen ist, da die Tunica nach der Umkehrung sofort stark schrumpft, eine Naht derselben überflüssig. Der Hode mit der umgekehrten Tunica wird in den Hodensack zurückgebracht und die Dartos zugenäht.



Herhold (Brandenburg).

---

21) **Razzaboni.** Contributo sperimentale alla istogenesi dei processi infiamatori del testicolo.

(Policlinico, sez. chir. 1907. Nr. 10 und 11.)

Nach einer Einleitung über die normale Struktur des Hodens und die verschiedenen Formen und Ätiologie der Hodenentzündungen teilt R. die Resultate seiner Experimente über künstliche Erzeugung von Orchitis mit. Er injizierte Sibernitratlösung sowie Aufschwemmungen von Staphylo- und Streptokokken in das Parenchym, in die Tunica vaginalis, in und neben den Ductus deferens.

In den beiden ersten Fällen sind die Veränderungen am stärksten im Hoden, in den letzteren im Nebenhoden. Injektion ins Parenchym erzeugt einen Abszeß, um denselben Degeneration, vorwiegend am Hodenkanälchenepithel. Regeneration folgt, und die Spermatogenese geht weiter, während der Abszeß vernarbt. Bei Einspritzung in die Tunica

vaginalis starke Degeneration der Hodenkanälchen bis zu völliger Zerstörung. Auf dem Lymphweg kann der andere Hoden ergriffen werden. Bei Injektion in den Ductus deferens oder um denselben im Hoden Bindegewebsvermehrung und geringere Veränderungen an den Epithelien, Bildung von Konkretionen. Im Nebenhoden findet sich allemal Bindegewebswucherung und Epithelverlust; bei Injektion in den Ductus kommt es dadurch hier und da zu Obliteration der Vasa efferentia.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

22) **Veit.** Die abdominale Exstirpation des karzinomatösen Uterus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 25.)

Die Dauererfolge der vaginalen Uterusexstirpation sind nicht gut. Da nun alle Fälle, die vaginal operiert werden, auch abdominal operiert werden können, eine Reihe von Fällen aber nur abdominal angreifbar sind, so wäre die Freund'sche Operation vorzuziehen, falls die primäre Sterblichkeit vermindert werden könnte. Daß dies gelungen ist, beweist vorliegender Bericht über 24 Operationen, unter denen kein primärer Todesfall vorkam.

Am schwierigsten zu überwinden sind die Komplikationen von seiten der Harnwege, vor allem die Gangrän des Harnleiters. Die Herzschwäche fürchtet V. seit Anwendung der Rückenmarksanästhesie nicht mehr. Die Infektionsgefahr hält er bei sorgfältigem Vorgehen für nicht groß. Er erblickt daher in der abdominalen Exstirpation des karzinomatösen Uterus eine lebenssichere Operation, die an sich keine Mortalität mehr hat, und deren ungünstiger Ausgang sich nur durch Komplikationen des einzelnen Falles erklären läßt.

Langemak (Erfurt).

23) **Dreyfuss.** Les tumeurs malignes primitives de l'ovaire.

(Archives générales de chirurgie 1907. Oktober u. November.)

Verf. bringt eine zusammenhängende Schilderung der bisher nur in kasuistischen Mitteilungen behandelten malignen Eierstocksgeschwülste. Es dürfte auch hier den Chirurgen von Interesse sein, daß diese nach den Erfahrungen der letzten Jahre eine recht häufige Erkrankung darstellen, indem sie sich in 10% aller wegen Adnexerkungen gemachten Laparotomien fanden. Ein besondere Disposition zeigen Kinder mit schlecht entwickelten Genitalien, das Alter der Pubertät und das der Menopause. Besonders häufig sind beide Eierstöcke malign entartet (in 26 bzw. 43% aller Fälle), was Verf. auf Kontaktinfektion durch die Ovulation zurückführt. Die Symptome sind recht eindeutig: Schmerz, Amenorrhöe, Geschwulst, Ascites, und sollen stets an die Diagnose denken lassen. Die Behandlung soll auch bei anscheinend einseitigen Geschwülsten nur im Pubertätsalter in der totalen Exstirpation von Uterus und Adnexen bestehen.

Strauss (Nürnberg).

Kleinere Mitteilungen.

Die Saugbehandlung als schmerzstillendes Mittel bei den Aftererkrankungen.

Von

Dr. Küchi Ogata,

Chef der chirurgischen Klinik des Ogata-Hospitals in Osaka, Japan.

Seit der epochemachenden Veröffentlichung Bier's: »Behandlung akuter Eiterung mit Stauungshyperämie« ist die hyperämisierende Therapie mit auffallendem Enthusiasmus in der Praxis aufgenommen und eine große Anzahl von Berichten über die günstigen Resultate des neuen Heilverfahrens veröffentlicht worden. Die ebenfalls von Bier eingeführte und von Klapp weiter ausgebildete Saugbehandlung hat den gleichwertigen Aufschwung genommen. Auch ich habe die Saugtherapie in zahlreichen Fällen bei entzündlichen Prozessen, insbesondere bei Mastitis, Furunkelbildung, Karbunkeln, Abszessen und Panaritien angewendet und stets sehr günstige therapeutische Erfolge erzielt. Diese günstigen Heilungsresultate veranlaßten mich, die Einwirkung der venösen Hyperämie auch bei verschiedenen Analkrankheiten anzuwenden.

Abgesehen von Periproktitis und Fistula ani habe ich die Saugbehandlung ausgeübt in 48 Fällen bei schmerzhaften Aftererkrankungen, besonders bei 25 Fällen von Fissura ani, 17 von Hämorrhoiden und 6 von tuberkulösen Geschwüren.

Bei der Fissura ani beobachtete ich einen ganz auffallend schmerzlindernden Effekt. Schon nach ein- oder zweimaliger Applikation des Saugapparates läßt der bei der Defäkation meist bestehende hochgradige Schmerz bedeutend nach, und die Stuhlentleerung ist nicht mehr quälend für den Kranken.

In den meisten Fällen führt diese Behandlung nach Verlauf von 8—14 Tagen ohne weiteren chirurgischen Eingriff zur Heilung der Fissur. Als Beispiel möchte ich folgenden Fall anführen:

Eine 32jährige Frau S. Y. erkrankte an habitueller Verstopfung und hatte seit Sommer 1906 zeitweise Blutungen und Schmerzen am After. Am 7. Juni 1907 traten besonders heftige Schmerzen am Anus auf, jedoch ohne Blutungen. Nach 10 Tagen kam die Kranke in meine Poliklinik, und dabei fand ich an der hinteren Kommissur des Afters eine schmale, oberflächliche Fissur, welche bei Berührung sehr schmerzte. Sofort wurde die Behandlung mit dem Saugapparat begonnen, täglich 45 Minuten nach der Vorschrift von Klapp. Es trat danach alsbald eine subjektive Besserung ein. Nach 3 Tagen hatte die Pat. keine Schmerzen mehr und nach weiteren 4 Tagen war die Fissur vollkommen geheilt. Die gleichzeitig vorhandenen Blutungen aus der Fissur hörten nach der ersten Saugbehandlung auf.

Der nächste Fall zeigt die Ausheilung einer Fissur mit starker Blutung: Eine 30jährige Frau S. T. litt seit 15 Jahren an Hämorrhoiden, und seit 7 Wochen traten plötzlich Schmerzen und Blutungen am Anus auf. Diese Erscheinungen nahmen von Tag zu Tag zu, vor allem bei der Stuhlentleerung. Ich fand am Übergange der äußeren Haut zur Schleimhaut der hinteren Kommissur des Afters ein schmales, tiefes, fissurales Geschwür. Zog man die Analfalten auseinander, so traten ungewöhnlich starke Schmerzen und sofort Blutungen auf. Ein Hautfältchen, welches sich am unteren Ende der Schrunde befand, schwoll erbsengroß an. — Vom 24. November ab wurde die Kranke mit dem Schröpfapparat ambulatorisch behandelt, täglich 45 Minuten lang. Am nächsten Tage nahmen die Schmerzen schon erheblich ab, und es trat bei der Defäkation keine Blutung mehr ein. Am 29. November hatte die Kranke ihre Schmerzen verloren, und die Fissur hatte sich verkleinert. Am 6. Dezember trat völlige Heilung ein.

Diese Methode hat den Vorzug, einen großen chirurgischen Eingriff zu ersparen und die Heilungsdauer abzukürzen; vor allem eignet sie sich bei operationsscheuen Pat. Vor den Kokainsuppositorien hat sie den Vorteil, daß ihre Wirkung von längerer Dauer ist zu Beginn der Behandlung, und daß die Intoxikation vollständig fehlt.

Auch bei entzündlicher Anschwellung vorgefallener Hämorrhoidalknoten, einem sog. Hämorrhoidalanfall, habe ich einen deutlichen schmerzlindernden Erfolg wahrgenommen. Wird die Saugbehandlung angewandt, so hat der Kranke anfangs das Gefühl, als ob der Hämorrhoidalknoten aufplatzt, später aber fühlt er eine Erleichterung. Nach der ersten Anwendung des Saugapparates schwillt der Knoten selbst etwas mehr an, aber das Volumen nimmt nach kurzer Zeit wieder ab. Die zweite bis dritte Anwendung vermindert die Beschwerden der Kranken bedeutend, und nach etwa 2 Wochen schwinden die geschwollenen Knoten. Um die Wirkung dieses Mittels anschaulich zu machen, will ich einen mit Erfolg behandelten Fall hier anführen: Ein 32jähriger Kaufmann T. S. leidet seit einer Reihe von Jahren an Hämorrhoidalknoten. Seit 4 Tagen vor der Krankenhausaufnahme wurden die Knoten plötzlich schmerzhaft und schwollen an. Infolge der zunehmenden starken Schmerzen konnte der Kranke häufig nachts nicht schlafen. Er wurde daher am 29. März 1907 in die hiesige Klinik aufgenommen, und ich fand folgenden Befund: Um die Peripherie des Anus saßen mehrere stark geschwollene Hämorrhoidalknoten, bläulich durchscheinend und gespannt. Bei Berührung waren sie äußerst empfindlich. Die den Anus umgebende Haut näßte infolge Ekzem. Auch in diesem Falle wurde sofort jeden Tag 30 Minuten lang der Schröpfapparat angewandt. — Am 2. Tage wurden die Schmerzen schon geringer. Am 4. April wurde der Pat. mit folgendem Befund entlassen: Volumen der Knoten bedeutend verkleinert, die früher pralle Schwellung jetzt derb, bei Berührung, sowie starkem Drucke keine Schmerzen mehr.

Auch die Blutungen aus Hämorrhoidalknoten hören bei der Saugbehandlung nach 2—3 Tagen von selbst auf. Ich führe folgenden Fall dafür an: Eine 58jährige Frau K. J. litt seit 40 Jahren an Hämorrhoiden, ohne nennenswerte Beschwerden. Im Anfang 1907 fiel die Analschleimhaut vor den Anus vor, infolge häufiger Stuhlentleerung. Seit 4 Wochen vor der Krankenhausaufnahme war sie bettlägerig, weil so starke Blutungen aus den Hämorrhoidalknoten auftraten, daß die Kranke vor Schwäche nicht stehen konnte. Sie wurde am 15. November 1907 in die hiesige Klinik aufgenommen mit folgendem Befunde: Die sichtbaren Schleimhäute waren fast ohne Farbe, und die äußere Haut war sehr blaß. Puls schwach, die Frequenz betrug 110. Am Herzen waren keine krankhaften Veränderungen nachzuweisen. Rings um den Anus waren die zahlreichen Hämorrhoidalknoten angeschwollen und bei Berührung schmerzhaft. In der vorgefallenen blassen Schleimhaut sah man die erweiterten Kapillaren, welche beim Pressen das Blut leicht heraustreten ließen. Vom 16. November bis 4. Dezember wurde die Kranke mit dem Schröpfapparat behandelt. Nach 3 Tagen schon wurde die Blutung zum Stehen gebracht, und die Knoten waren nicht mehr schmerzhaft. Der Allgemeinzustand besserte sich allmählich.

Ich vermute, daß die bessernde Wirkung der Saugbehandlung beim Hämorrhoidalanfall außer der schmerzstillenden Wirkung vor allem der vermehrten Resorption zuzuschreiben ist.

Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß ich ein vorzügliches Resultat bei einigen Fällen von tuberkulösen Geschwüren des Afters hatte. Die tuberkulösen Geschwüre, welche meist im Anschluß an Abszesse oder Fisteln entstehen, besitzen keinerlei Tendenz zur Heilung, verursachen intensive Schmerzen und führen in der Regel zu chirurgischen Eingriffen. In den Fällen, wo das durch gleichzeitig bestehende Lungentuberkulose bedeutend herunterkommende Allgemeinbefinden eine Operation nicht mehr geeignet erscheinen läßt, leistet diese Behandlung sehr gute Dienste. Wird in solchem die Saugtherapie angewendet, so findet man hierdurch eine größere Erleichterung von den Schmerzen als durch irgendein anderes palliatives Mittel. Das blasse, atonische, weiche Geschwür wird unter dem Einfluß der

Hyperämie zum frischroten Granulationsgewebe umgewandelt. Als Beispiel möchte ich folgende Krankengeschichte anführen: Ein 37jähriger Mann R. M. ist angeblich früher stets gesund gewesen. Im März 1906 bemerkte er eine schmerzhafte Vorwölbung am Rande des Afters, welche sich im April von selbst öffnete, und aus der Eiter floß. Trotz ärztlicher Behandlung bestanden die Eiterung und die Schmerzen weiter; infolgedessen wurde der Kranke der Krankenhausbehandlung überwiesen. Er wurde am 29. Juni 1906 aufgenommen mit folgendem Befunde: Mittelgroßer, leidend aussehender, muskelschwacher Mann in schlechtem Ernährungszustande. Bei der Untersuchung der Brustorgane fand man die Zeichen der doppelseitigen Lungentuberkulose. Es zeigte die Lungenspitze deutlich gedämpften Perkussionsschall, reichliche feuchte Rasselgeräusche. Puls und Temperatur waren normal. In der linken und vorderen Seite des Anus saß ein markstückgroßes Geschwür, der Grund desselben war mit den charakteristischen, blassen Granulationen bedeckt, welche bei Berührung, insbesondere beim Stuhlgang, ungemein schmerzhaft waren. Am 30. Juni wurde das Geschwür ausgekratzt, kauterisiert unter Rückenmarksanästhesie und tamponiert mit Jodoformgaze. Nach der Kauterisation schien das Geschwür langsam in Heilung überzugehen, so daß der Kranke am 18. Juli in ambulatorische Behandlung entlassen werden konnte. Im November jedoch trat eine Verschlimmerung des Aftergeschwüres ein, und der Kranke wurde am 6. Februar 1907 von neuem in die Klinik aufgenommen und abermals kauterisiert. Von Anfang Februar ab zeigte sich in der rechten Tonsille ein linsengroßes tuberkulöses Geschwür. Der Allgemeinzustand verschlechterte sich zusehends. Es traten auf: Schlingbeschwerden, Appetitlosigkeit, Nachtschweiße, Husten, reichlicher Auswurf, Fieber, Diarrhöe, mitunter Incontinentia alvi. Der Grund des Aftergeschwürs bedeckte sich wieder mit blassen, weichen Granulationen, die Schmerzen nahmen beträchtlich zu, und es trat reichliche Absonderung ein. Seit dem 20. März wurde das Geschwür mit dem Saugapparat behandelt. Es trat sofort eine Besserung ein, es wurden besonders die Schmerzen schnell beseitigt. Schon nach 5tägiger Anwendung des Saugapparates ließ die Absonderung des Geschwüres erheblich nach, die Granulationen gewannen ein dunkelrotes Aussehen. Trotz dem günstigen Einfluß der Saugtherapie trat infolge der allgemeinen Erschöpfung am 9. April der Exitus ein.

---

24) **O. Sachs.** Beiträge zur Pathologie der Induratio penis plastica.
(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXV. p. 53.)

Im Anschluß an die im Jahre 1901 aus der Neisser'schen Klinik publizierten vier Fälle von Induratio penis plastica berichtet S. über einen neuen Fall. Pat. ließ sich operieren, aber ohne den gewünschten Erfolg, da 3 Monate nach der Operation wieder neue Knoten auftraten, die eine vollständige Erektion des Gliedes verhinderten. Die exzidierten Knoten wurden von S. bei der eingehenden histologischen Untersuchung als aus Bindegewebe, Knorpel und Knochen bestehend gefunden. Das neugebildete Bindegewebe nahm von den Gefäßwänden der Scheidewand zwischen den Corpora cavernosa seinen Ursprung. Der Knorpel und Knochen entwickelte sich sekundär im neugebildeten embryonalen Bindegewebe. S. sieht in diesen Veränderungen eine Analogie zur Dupuytren'schen Kontraktur. Die Ätiologie beider Krankheiten ist vorläufig unbekannt. **M. Winkler** (Luzern).

25) **P. Herescu** (Bukarest). Die Pathogenie und die Behandlung der nicht tuberkulösen Abszesse der Prostata.
(Spitalul 1907. Nr. 22.)

Die beste Behandlung für Prostataabszesse ist die operative Eröffnung vom Perinaeum aus, die Verf. in 40 Fällen durchgeführt hat mit 38 Heilungen und zwei Todesfällen durch Allgemeininfektion infolge großer durch längere Zeit vernachlässigter Abszesse.

Die Häufigkeit der betreffenden Abszesse macht eine genaue Untersuchung der Vorsteherdrüse in allen Fällen von Blennorrhoea posterior zur Pflicht.

In den meisten von H. beobachteten Fällen von Prostataabszeß war ätiologisch Tripperinfektion nachzuweisen, in anderen muß die Schuld der Erkrankung auf fehlerhaft ausgeführte Janet'sche Spülungen zurückgeführt werden. Es darf eben nicht vergessen werden, daß diese sonst so ausgezeichnete Behandlungsmethode, wenn von Unberufenen oder Ungeschickten ausgeführt, viel mehr Schaden als Nutzen zu stiften imstande ist. **E. Toff** (Braila).

26) **Posner.** Kasuistischer Beitrag zur Prostatectomia suprapubica.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 23.)

Der 76jährige Kranke hatte ein 18 Jahre dauerndes Katheterleben hinter sich. Neben einer allseitigen Vergrößerung der Prostata fand sich bei der cystoskopischen Untersuchung ein haselnußgroßer Stein. Erst 2 Jahre nach der Steinzertrümmerung entschloß sich Pat. zum Eingriff an der Prostata, welche nach Anlegung zweier über die Seitenlappen verlaufender Inzisionen enukleiert wurde. Die Blase blieb offen, tamponiert. Außerdem wurde eine perineale Drainage angelegt, die bald durch Verweilkatheter ersetzt wurde. Vom 21. Tage an Beginn willkürlicher Harnentleerung; nach 6 Wochen Bauchwunde geschlossen. Urinentleerung bei Tage in Pausen von 2—3 Stunden, nachts noch seltener, ohne daß eine Spur Residualharn zurückbleibt. **Langemak** (Erfurt).

27) **Makara.** Extraperitoneale traumatische Blasenruptur.

(Sitzungsberichte der med. Sektion des Erdélyer Museumvereines Bd. XXVIII.)

35jähriger Mann wurde von einem Lastwagen überfahren, trotz seiner Schmerzen legt er noch 5 km zu Fuß zurück, bald stellte sich häufiger Harndrang ein, doch kann Pat. keinen Urin entleeren. 48 Stunden nach dem Unfall Aufnahme in die Klinik; der Unterleib ist bis zur Höhe des Nabels vorgewölbt, die Bauchwand prall, druckempfindlich, der Perkussionsschall gedämpft. Mit Katheter wird mit Blut gemengter Harn entleert. Bei der Operation entleert sich aus dem lockeren prävesikalen Gewebe $1^1/_2$ Liter blutiger Harn, an der vorderen extraperitonealen Blasenwand eine kinderhandgroße, klaffende Öffnung. Naht der Blasenwunde in zwei Reihen, sonst offene Wundbehandlung. Heilung.

P. Steiner (Klausenburg).

28) **Hirtz et Beaufumé.** La rétention d'urine par coprostase.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 133.)

Der Zweck der kurzen Mitteilung ist, auf den in der Überschrift bezeichneten Zusammenhang zwischen Harnverhaltung und Kotstauung hinzuweisen. In den zeitgenössischen Handbüchern usw. haben die Verff. nichts darüber gefunden, während die Urinretention den alten Autoren als Komplikation der habituellen Verstopfung wohl bekannt war. Der Zusammenhang soll ein einfach mechanischer sein. Die harten Kotmassen komprimieren die Harnröhre resp. den Blasenhals. Wenn man die drei mitgeteilten Fälle liest, erscheint das nicht unwahrscheinlich; war doch bei zwei Frauen (73 und 37 Jahre alt) das kleine Becken derart mit fast steinhartem Kot ausgemauert, daß eine Scheidenuntersuchung unmöglich war. Nach Ausräumung geradezu horrender Kotmengen stellte sich die normale Harnentleerung bald wieder her. **V. E. Mertens** (Kiel).

29) **S. Solieri.** Sulla leucoplacia della mucosa delle vie urinaria.

(Policlinico, sez. chir. 1907. Nr. 10 u. 11.)

Leukoplakie des rechten Nierenbeckens machte die Erscheinungen einer einseitigen Nierenblutung ohne Befund; Nephrektomie. Ein zweiter Fall von Leukoplakie der Blase wurde durch wiederholte Exzision der kranken Paramstrien geheilt. Mikroskopische Beschreibung mit einigen Abbildungen. Die Diagnose läßt sich vielleicht stellen, wenn bei Urinbeschwerden mit Blutabgang sich im Sedi-

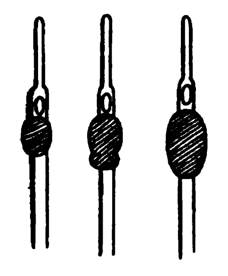
ment abgestoßene Lamellen verhornter Epithelien finden. Die cystoskopische Untersuchung sei unsicher in der Deutung. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

30) **Sampson.** The renal catheter as an aid in the diagnosis of valve-like obstruction of the ureter.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

S. hat in zwei Fällen von Harnleiterstrikturen die Kelly'schen beiden diagnostischen Hilfsmittel verwandt. Das erstere dieser Hilfsmittel besteht darin, daß man die Spitze des Harnleiterkatheters mit Wachs bestreicht und dann sondiert. Ist die Striktur durch einen Stein bedingt, so zeigen sich an den mit Wachs bestrichenen Stellen Abschabungen und Abkratzungen. Das zweite Hilfsmittel dient zum Erkennen von Strikturen des Harnleiters. Zu diesem Zwecke wird der Harnleiterkatheter ins Nierenbecken eingeführt und dann durch Einspritzen von sterilem Wasser eine artefizielle Hydronephrose erzeugt. Hierdurch werden kolikartige Schmerzen hervorgerufen, von denen der Pat. angeben kann, ob sie ähnlich den sonstigen Koliken sind. Läßt man das Wasser aus dem Katheter wieder ablaufen, so hört die Kolik wieder auf. Zieht man aber den Katheter bis soweit zurück, daß kein Wasser weiter abläuft, so hört die Kolik nicht auf, und man kann dann wieder durch langsames Vor- und Rückwärtsschieben des Harnleiterkatheters den Sitz der Striktur feststellen.

In dem ersteren der beiden beschriebenen Fälle wurde durch den mit Wachs bestrichenen Katheter und durch Wassereinspritzung festgestellt, daß es sich um eine in der Blasenwand und eine an der Grenze des unteren und mittleren Drittels des Harnleiters sitzende Striktur handelte. Es wurde die untere Striktur reseziert; die obere war durch einen bindegewebigen Strang gebildet; dieser wurde durchschnitten und dann der Harnleiter an der resezierten Stelle neu in die Blase gepflanzt.



Im zweiten Falle lag eine sehr hohe Striktur vor, welche ebenfalls als nicht durch Steine bedingt und durch die Wassereinspritzung als hochgelegen diagnostiziert war. Hier wurde eine Operation verweigert; S. erweiterte diese Striktur dadurch, daß er die Katheter in verschiedener Stärke unterhalb der Öffnung mit Wachs umgab und damit die Striktur gradatim erweiterte. Es trat Heilung ein. **Herhold** (Brandenburg).

31) **J. B. Seldowitsch.** Akzessorische Nierenarterien und ihre chirurgische Behandlung.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 44, 45, 47—50 u. 52.)

Die Anatomen und Chirurgen haben bis jetzt zu wenig Aufmerksamkeit auf diese Anomalie gerichtet. Selbst die besten anatomischen Lehrbücher bringen sehr wenig darüber, da sich die Autoren wohl der chirurgischen Bedeutung nicht genügend bewußt sind; die Chirurgen ihrerseits meinen, es gebe überhaupt keine solchen Angaben und erkennen erst infolge verschiedener Komplikationen bei Nierenoperationen, welch große Bedeutung die überzähligen Nierenarterien haben. Die wichtigsten Arbeiten über diese Anomalie haben Macalister und Thomson geliefert. Letzterer bringt die Resultate einer Sammelforschung, 419 Nieren, von denen nur 74,4% je eine Arterie hatten. Brewer fand in 151 Leichen 85 Nieren mit akzessorischen Arterien, Helm in $^1/_4$ der Nieren von 104 Leichen. Um die Sache zu prüfen, untersuchte nun S. 150 Leichen; 43 davon wiesen die Anomalie auf; die große Mehrzahl aller Leichen war männlich. Vier typische Fälle sind abgebildet. Von den 43 Fällen war 33mal nur eine Seite betroffen; im ganzen waren 53 Nieren nicht normal. 47 Nieren hatten 2 Arterien, 6 je 3. Die rechte Niere allein war 15mal, die linke 18mal, beide gleichseitig 10mal betroffen. Je 3 Arterien hatten 3 rechte und 3 linke Nieren. Was die Stelle der Einmündung in

die Niere betrifft, so unterscheidet S. 5 Gruppen: 1) Die eine Arterie mündet in den Hilus, die zweite in den oberen Pol — 7 Fälle. 2) Die eine in den Hilus, die zweite in dessen oberen Winkel und in die anliegende Nierensubstanz — 4mal. 3) Die eine in den Hilus, die zweite in den unteren Pol — 8mal. 4) Die eine in den Hilus, die zweite in dessen unteren Winkel — 1mal. 5) Beide Arterien in den Hilus — 27mal. Von den 6 Fällen mit je 3 Arterien zog in einem Falle je eine Arterie zum oberen und unteren Pol und zum Hilus; im 2. Fall eine Arterie zum oberen Pol, 2 zum Hilus; in den übrigen 4 Fällen alle 3 Arterien zum Hilus. Die Nierenvenen waren nur 10mal verdoppelt. Von 46 Fällen, wo die Entfernung der oberen Arterie von der unteren gemessen wurde, war dieselbe 22mal größer als 4 cm und erreichte in einem Falle 10,5 cm. — Was die Lage der Hohlvene anbelangt, so lag sie von 25 Fällen rechtsseitiger Arterienverdoppelung 9mal vor der oberen und hinter der unteren Arterie. Der Harnleiter stieg in 17 Fällen von 53 vor der unteren Arterie hinab. Die akzessorischen Arterien waren meist stark, näherten sich dem Kaliber der normalen Nierenader. Zum Schluß betont S. die große Bedeutung der Anomalie für die Nierenchirurgie: in einem Drittel der Fälle kann man sie antreffen. Es ist einleuchtend, wie leicht man bei der Stielunterbindung eine weitabliegende akzessorische Arterie übersehen, wie leicht man bei Lage der Hohlvene zwischen oberer und unterer Arterie die Vene mitfassen kann. Andererseits hat das Vorkommen von 2 Arterien auch seine guten Seiten: es ermöglicht in manchen Fällen konservative Operationen, partielle Resektionen der Niere. Schließlich wünscht Verf., die Anomalie möge weiter untersucht werden, sowohl von anatomischer, als auch von chirurgischer Seite.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

32) **W. K. Trofimow.** Zur Frage von den subkutanen Verletzungen der Nieren.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 49—51.)

Zwei eigene Fälle von totaler querer Ruptur der Niere nach Fall. 1) Mädchen, 13 Jahre alt; 1. Tag Symptome wenig ausgeprägt, dann schwere Erscheinungen von seiten des Bauches. Schmerzen, Erbrechen, Stuhl- und Harnverhaltung. 2mal Nierenblutung; Infektion der Niere. Operation am 9. Tage. Entfernung der abgerissenen unteren Hälfte, Blutung aus der oberen, Anlegung von Klemmen auf den Stiel. Septhämie. Im weiteren Verlaufe Eiterung am linken Oberarme; die Wunde am Rücken reinigte sich langsam; die Klemmen wurden nach 9 Tagen entfernt. 8 Wochen nach der Operation mit Harnfistel entlassen, die $4^1/_2$ Monate später noch existiert (Vorhandensein einer akzessorischen Nierenarterie?). 2) Knabe, 13 Jahre alt. Leichte Symptome, abwartende Behandlung. Da sie nicht zum Ziele führte, Operation am 35. Tage: dünnwandiger Sack mit 3 Liter klarer geruchloser Flüssigkeit. Beide Nierenhälften werden leicht entfernt; nur die obere zeigt einige Verbindung mit der Umgebung und aus ihrem Lager geringe Blutung. Tamponade. Heilung nach 5 Wochen.

In der russischen Literatur fand T. 33 Fälle (5 †): konservativ-symptomatisch behandelt wurden 13 (3 †), konservativ-chirurgisch 11 (1 †), Nephrektomie 9mal (1 †); von diesen 9 Fällen waren 3 vorher konservativ-chirurgisch behandelt worden. Die 33 Fälle werden in Form einer Tabelle genauer beschrieben.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

33) **P. Steiner.** Über offene Nierenverletzungen.

(Budapesti Orvosi Ujsag 1908. Nr. 3.)

Verf. bespricht die Klinik der offenen Nierenverletzungen; in der Literatur finden wir kaum 60 Fälle von penetrierenden Nierenverletzungen. Verf. berichtet aus der Klausenburger chirurgischen Universitätsklinik über einen Fall von Nierenstich. Der 28jährige Mann wurde in die linke Lendengegend gestochen, bald nachher trat Hämaturie auf; da sich die Hämaturie öfters wiederholte, der Kollaps des Kranken zunahm, wurde die Freilegung der Niere ausgeführt, welche eine bis

in das Nierenbecken penetrierende Stichverletzung zeigte. Naht der Nierenwunde. Glatte Heilung; es wurde keine postoperative traumatische Nephritis beobachtet.

(Selbstbericht.)

34) F. Löwenhardt. Ein eigentümlicher Fall von renaler Massenblutung. (Nephrektomie aus vitaler Indikation mit glücklichem Ausgange.)

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXIV. p. 395.)

Bei einer 33jährigen Pat. traten solche starke Blutungen aus der rechten Niere auf, daß L. wegen schwerer Anämie sich gezwungen sah, die rechte Niere zu exstirpieren, obwohl der Urin aus dem linken Harnleiter Albumen enthielt. Der Verlauf war ein durchaus günstiger, die linke Niere funktionierte gut. Ein halbes Jahr nach der Operation nochmals Blutung, die aber auf Jodkalium rasch zum Stehen kam.

Ätiologisch kommt Lues in Betracht, da Pat. 15 Jahre vor der Operation angeblich luetisch infiziert worden ist. Indes gab die histologische Untersuchung der exstirpierten Niere keine Anhaltspunkte für Lues; auch sonst bot die Pat. keine Zeichen von bestehender oder überstandener Lues dar.

M. Winkler (Luzern).

35) F. Cuturi (Catania). Sull' intervento chirurgico nelle nefriti croniche emorragiche.

(Clinica chirurgica 1907. Hft. 7.)

C. bespricht operative Eingriffe, die speziell zur Behandlung chronischer Nephritiden, und zwar solcher, die mit intensiver Hämaturie einhergehen, dienen. Die hämorrhagischen »Nephralgien«, die früher als von anatomischen Veränderungen der Nieren unabhängig dargestellt wurden, gelten jetzt als Folgen chronischer Schädigungen des Organes. Die histologischen Befunde an exstirpierten Nieren haben diese bisher zurückgewiesene Annahme bewiesen. In Diskussion befindet sich derzeit nur die Art des Eingriffes. Während viele Chirurgen die Nephrotomie oder die Enthülsung empfehlen, üben andere bei einseitiger Erkrankung die Nephrektomie. C. kann das verhältnismäßig spärliche Material (23 Fälle) von Nephrektomien um einen erfolgreich behandelten vermehren.

40jährige Frau, Typhus vor 4 Jahren; bald nachher gelegentlich Beschwerden in der rechten Lende, Abgang von größeren Harnkonkrementen und viel Sand, seit 2 Jahren auch von viel Blut; die rechte Niere ist vergrößert, druckempfindlich. Harnmenge 1600 ccm täglich, spez. Gewicht 1020, schwach sauer, trüb, blutrot, spurweise Albumen. Leukocyten, Erythrocyten, Nierenbeckenelemente, hyaline, granulierte und Blutzylinder im Sediment. Die pathologischen Elemente stammen aus dem rechten Harnleiter; $\Delta = 1{,}02$, links $= 1{,}05$. Nephrektomie, glatte Heilung nach 21 Tagen. Normaler Harnbefund. — Die histologische Untersuchung der exstirpierten rechten Niere ergibt eine »gemischte Nephritis, parenchymatös mit Neigung zur interstitiellen Form«. — Nach 6 Monaten bestes Wohlsein, normaler Harnbefund.

Was die bisherigen Resultate der Nephrektomie bei einseitiger Erkrankung anlangt, so ermutigen sie wirklich zum radikalen Vorgehen: 18 Heilungen unter 24 Eingriffen, dabei viele durch 3 und mehr Jahre beobachtet; drei Fälle mit Fortuer der blutigen Sekretion, also Erkrankung der anderen Niere.

J. Sternberg (Wien).

36) P. Manasse. Ein Fall von infizierter Hydronephrose mit seltener Anomalie des Ureterverlaufes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 40.)

Bei dem 26jährigen Pat. hatte sich eine cystische Geschwulst zwischen Magen und Colon transversum in gerader Richtung nach vorn entwickelt. Der Urin, an-

fangs frei von pathologischen Bestandteilen, enthielt erst nach einer diagnostischen Aufblähung des Magens und Dickdarmes Eiter; gleichzeitig erschlaffte die Cyste. Durch die Exstirpation des Nierensackes wurde Pat. völlig geheilt. Zu den seltensten Vorkommnissen gehört der bei normaler Lage der Niere gefundene Verlauf des Harnleiters, der dünnwandig, von normalem Kaliber, vollständig durchgängig an der höchsten Stelle des Nierenbeckens entsprang und nicht an der Hinterseite, sondern an der vorderen Wand des Nierenbeckens nach abwärts zog. Die Gefäße begaben sich hinter dem Harnleiter zum Hilus der Niere. Die Milz war bis zur Mittellinie des Leibes verdrängt, lag hoch oben vor der Wirbelsäule neben dem zusammengedrückten Magen. **Langemak** (Erfurt).

37) A. Winternitz. Zweiseitige Pyelitis in einer Hufeisenniere.

(Orvosi Hetilap 1907. Nr. 20.)

Beim 14jährigen Knaben wurde vor 8 Jahren ein Blasenstein entfernt. In den letzten 2 Jahren zeitweilig Schmerzen in der rechten Lendengegend, in den letzten Monaten eitriger Harn, Fieber. Unter der Annahme von Pyonephrose wurde die Operation vollzogen. Lendenschnitt; hühnereigroßer retrorenaler Abszeß; auf Nephrotomie entleert sich 1 Liter Eiter; im Nierenbecken ein 8 cm langer Phosphat-Uratstein. Nierenbeckendrainage, Tamponade. Das Fieber läßt nach, am nächsten Tage stellt sich Ikterus ein, am 3. Tage Steigerung des Ikterus, Bewußtlosigkeit, am 4. Tage vollständige Blindheit. Die 24stündige Harnmenge 300 g. Augenhintergrund anämisch, am 5. Tage normales Sehvermögen, Urinmenge schwankt zwischen 1500—2000 g. 2 Monate nach der ersten Operation Nephrektomie; behufs Loslösung des oberen Poles Resektion der 12. Rippe. Beim Isolieren des unteren Poles stellte es sich heraus, daß eine Hufeisenniere vorliegt; die Grenze zwischen beiden Nieren wird durch eine seichte Furche angedeutet. Der Harnleiter läuft vor der Niere. Die Trennung der beiden Organe geschieht durch einen 1 cm weit von der Furche geführten Schnitt, die Niere wurde mit vier Catgutnähten versehen. Ungestörter Wundverlauf, die Harnmenge betrug in den ersten 24 Stunden 1200 g; sie ist stets eitrig. Nach 2 Wochen treten kolikartige Schmerzen in der linken Nierengegend auf, leichte Fieberbewegungen. Im Harn zeigt sich Blut. Die Röntgenaufnahme zeigt die Schatten dreier Steine. Die funktionelle Nierenuntersuchung ergibt ein zufriedenstellendes Resultat: 24stündige Harnmenge 2000—2500 ccm; spez. Gewicht 1013—1014; Gefrierpunkt 0,92—1,07° C; 24stündige Nitrogenmenge 8 g; 24stündige Kochsalzmenge 18 g; beim Verdünnungsversuch schwankt Δ zwischen 1,8—0,10° C; Blutgefrierpunkt (δ) = —0,56. Daher wird 3 Monate nach der Nephrektomie der rechten Niere links die Nephrotomie vorgenommen, Entfernung von drei Steinen, Drainage des Nierenbeckens. Glatte Heilung. Der Urin enthält weder Eiweiß noch Eiter. Pat. hat an Gewicht zugenommen. **P. Steiner** (Klausenburg).

38) Rossi. Un caso di ureterotomia pelvica ed un altro di ureterotomia pelvica a sinistra, di nefrotomia a destra per calcolosi.

(Soc. di med. e biol. di Milano Sed. 15. November 1907.)

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1907. Nr. 147.)

In einem Falle von Harnleitersteineinklemmung in der Nähe der Blase und folgender Pyelitis und Perinephritis wurde zuerst durch Inzision die Eiterung der Niere beseitigt und später durch Lumboiliacalschnitt der Stein entfernt, während in einem zweiten Falle bei höher sitzendem Stein Niere und Harnleiter gleichzeitig operiert wurden. In letzterem Falle mußte später auch die andere Niere wegen eines Nierenbeckensteines operiert werden. **Dreyer** (Köln).

39) G. E. Post. Operations for urinary calculi.

(New York med. record 1907. Juli 6.)

P. gibt statistische Tabellen über seine in Beirut in Syrien beobachteten Steinkranken. Eine Aufstellung enthält die perinealen Lithotomien, eine weitere die

suprapubischen Operationen. Bei einer dritten Tafel sind die Litholapaxien bei Männern verzeichnet. Eine vierte Serie enthält die aus der männlichen Harnröhre extrahierten, sowie die prostatischen und prostatiko-vesikalen Doppelbildungen von Steinen. Zwei kleinere Tabellen geben eine Anzahl aus der weiblichen Blase extrahierter Exemplare und schließlich eine Anzahl von Nieren- und Harnleitersteinen.

Ein Fall von skrotaler und perinealer Steinbildung wird besonders beschrieben, indem sich in einer früheren perinealen, nach Lithotomie zurückgebliebenen Fistel eine Reihe von Steinen gebildet hatte, die zum Teil spontan abgingen; eine weitere Reihe von Steinen fand sich in einer skrotalen Fistel, die von der Pars membranacea sackartig durch den Hodensack hindurchging.

Einige Notizen und Illustrationen erklären einzelne Fälle der im übrigen für die große Anzahl von Operationen sehr kurzen Statistik, in der auf Bemerkungen in früher publizierten Serien verwiesen wird (New York med. record 1877. Juli 28 und 1880. Oktober 30.). **Loewenhardt** (Breslau).

40) **Hock.** Nephrektomie bei weit vorgeschrittener Nierentuberkulose. Zugleich ein Beitrag zur Beurteilung des Wertes der Nierenfunktionsprüfung durch Farbstoffinjektion.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Die Diagnose auf rechtsseitige tuberkulöse Pyonephrose war leicht zu stellen. Die Hauptschwierigkeit bestand in der Beurteilung der Funktionsfähigkeit der linken Niere, weil die Cystoskopie wegen zu geringer Blasenkapazität unmöglich war. Der Harn wurde 10 Minuten nach einer Indigkarmineinspritzung kräftig gefärbt entleert und nahm nach der rechtsseitigen Nephrotomie an Menge nicht ab. Die rechte Niere war so hochgradig erkrankt, daß sie als funktionsunfähig anzusehen war. Daraufhin wurde mit gutem Erfolge die rechte Niere entfernt.

Gutzelt (Neidenburg).

41) **Jaboulay.** Pyonéphrose fermée. Nephrectomie.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 107.)

Vor 15 Jahren machte Pat. — jetzt 27 — eine vermutlich tuberkulöse Bronchitis durch, ohne Pleuritis. Er war noch mehrfach krank. Vor 8 Monaten hatte er bei völligem sonstigem Wohlbefinden plötzlich unerträgliche Schmerzen in der linken Nierengegend, die nirgendhin ausstrahlten. Der Schmerz hielt sich 8 Tage, unterbrochen von Paroxysmen. Die Harnmenge war nicht vermindert; der Harn klar, ohne Blut oder Eiter, etwas eiweißhaltig. Bei einem dritten derartigen Anfalle wurden am Ende der Miktion ein paar Tropfen Blut und einige längliche Gerinnsel entleert. Jetzt wurde auch zum ersten Male Fieber konstatiert, das anhielt resp. stieg. Im linken Hypochondrium fand sich eine Geschwulst von der Größe zweier Fäuste, hart, sehr schmerzhaft und respiratorisch verschieblich. Nephrektomie. Die Diagnose wurde durch die anatomische Untersuchung bestätigt. Der Harnleiter war verödet. Durch den Druck des Eiters war die Nierensubstanz stark reduziert und atrophiert. Der Verdacht, daß es sich um Tuberkulose gehandelt habe, war bis zur Publikation noch nicht bestätigt. Die Albuminurie schwand übrigens in 8 Tagen nach der Operation. **V. E. Mertens** (Kiel).

42) **W. L. Bogoljubow.** Nebennierengeschwulst.

(Russ. Archiv f. Chirurgie 1906. [Russisch.])

Der folgende Fall ist bemerkenswert durch die Größe der Geschwulst: sie wog über $4^1/_2$ kg, durch die Heilungsdauer: nach 7 Jahren war die Pat. noch völlig gesund, durch den histologischen Befund: »Adenoma enchondromatodes.«

Die zur Zeit der von W. J. Rasumowski ausgeführten Operation 42 Jahre alte Pat. fühlte schon 8 Jahre lang eine apfelgroße, wenig bewegliche Geschwulst in der rechten Seite des Leibes. In letzter Zeit wuchs sie, und Pat. mußte häufiger urinieren. Es fand sich eine fast die ganze Bauchhöhle erfüllende, nur wenig

bewegliche Geschwulst. Operation (Medianschnitt und Querschnitt nach rechts): Die Geschwulst, die über das Colon ascendenz hinzog, lag extraperitoneal. Das Peritoneum wurde gespalten und die Geschwulst samt der abgeplatteten Niere entfernt. Naht des Bauchfelles und Drainage durch einen Flankenschnitt. Nach 3 Wochen Entlassung in ambulante Behandlung.

Die Geschwulst bestand aus deutlich getrennten festen und weichen Partien. Histologisch bestanden die festeren aus Faserknorpel mit relativ wenig Kernen. In den weicheren Teilen wiederholte sich die Nebennierenrinde. Zum Teil war das Gewebe derartig fettig degeneriert, daß keine Struktur mehr zu erkennen war. Mikroskopisch wie chemisch wurde Kalk nachgewiesen.

V. E. Mertens (Kiel).

43) F. R. Hagner. Sterility in the male, its causes and surgical treatment.

(New York med. record 1907. August 10.)

Bemerkenswert ist ein Fall von H., bei welchem 1 Monat nach einer von ihm ausgeführten Anastomose von Vas deferens und Epididymis Spermatozoen in reichlicher Menge im Samen auftraten, nachdem deren Abwesenheit durch mehrfache frühere Beobachtungen bei dem 2 Jahre vorher an doppelseitiger gonorrhoischer Epididymitis erkrankten Pat. festgelegt war.

Dr. Martin in Philadelphia soll den Eingriff 7mal mit 4mal sicher beobachtetem Erfolge vorgenommen haben. **Loewenhardt** (Breslau).

44) H. Frankenstein. Bemerkungen zu einem Falle von männlicher Genitaltuberkulose.

(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. I. Hft. 2.)

Bei einem an Lungen- und Darmtuberkulose verstorbenen Manne waren Prostata und beide Samenblasen ausgedehnt tuberkulös erkrankt, Hoden und Nebenhoden gesund. Das rechte Vas deferens war offenbar durch direkte Fortleitung von der Prostata 9 cm weit tuberkulös verändert; das linke, 33 cm lange Vas deferens, wies, 19 cm von der Prostata entfernt, eine ganz isolierte, 3 cm lange, derbe, spindelförmige Verkäsungszone auf, bei sonst völlig gesunder Beschaffenheit.

Unter Hinweis auf diesbezügliche Beobachtungen von Oppenheim-Löw und Kuhn glaubt Verf., daß in diesem Falle eine retrograde embolische Verschleppung von tuberkulösem Material in den Vasa efferentia stattgefunden hat.

Trappe (Breslau).

45) Russell Howard. Malignant disease of the testis.

(Practitioner 1907. Dezember.)

Unter den 110000 männlichen Pat., die während der letzten 20 Jahre in dem »Londoner Hospital« behandelt wurden, befanden sich nur 65 (0,6%) mit einer bösartigen Erkrankung der Hoden. In 57 Fällen wurde vom Verf. mikroskopisch die Diagnose gesichert, 7 zeigten einen fibrös-cystischen Typ, die übrigen waren solide Geschwülste. Der älteste Pat. war 60 Jahre alt, der jüngste 1 Jahr (Durchschnittsalter 32 Jahre). Sämtliche bei den Kindern vorkommenden Geschwülste waren solid, ohne jede Cystenbildung.

Die Krankheit kam 33mal rechterseits, 24mal linkerseits vor; niemals waren beide Hoden affiziert. 9mal handelte es sich um Pat. mit unvollkommenem Descensus testiculi, d. i. 15,7%, 8mal lag der Hode im Leistenkanal, 1mal direkt unterhalb des äußeren Leistenringes, dagegen wurde niemals ein erkrankter Bauchhode beobachtet. Bei 8 Pat. ging ein Trauma der Entstehung der Geschwulst voran. In sämtlichen 57 Fällen wurde die Orchidektomie ausgeführt. Über 21 Pat. konnte betreffs des Dauerresultates der Operation nichts eruiert werden. 8 Pat. waren einige Zeit nach der Operation in guter Gesundheit, unter diesen 2 länger als 3 Jahre. Im Anschluß an die Operation starben 2, einer an Sepsis,

ein anderer infolge Inkarzeration einer Hernie. Letztere hatte die Operation indiziert, die bösartige Hodengeschwulst wurde erst bei der Herniotomie erkannt und beseitigt. Bei der Autopsie zeigten sich in beiden Fällen bereits Metastasen in den regionären Drüsen. 27 von den 36 Fällen hatten Rezidive — 2mal lokal, die übrigen metastatisch —, bei 18 hatten sich große Geschwülste der Bauchhöhle ausgebildet. Von Interesse ist, daß von den 7 Pat. mit fibrös-cystischen Geschwülsten 6 an Rezidiven starben, nur einer am Leben blieb. Die Prognose ist eine schlechte. Nur durch eine möglichst frühzeitig ausgeführte Operation kann in einzelnen Fällen ein Dauererfolg erzielt werden. **Jenckel** (Göttingen).

46) **Cornil und Brossard.** Utérus et trompe situés entre les deux testicules, dans la tunique vaginale.

(Bull de l'acad. de méd. 1907. Nr. 34.)

Bei einem 19jährigen Manne mit normalen äußeren Genitalien fand sich in der Tunica vaginalis (testis?) eine Geschwulst, die operativ entfernt wurde. Sie enthielt einen hypertrophischen Uterus von 9 cm Länge mit zwei Tuben. An einem Tubenende und an dem entgegengesetzten Uterushorne hing je ein Hoden.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

47) **Vance.** Primary fibromyoma of the broad ligaments.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

Bei einer 47jährigen Frau entwickelte sich unter Menstruationsstörungen, Gewichtsverlust und Störungen im Urinieren eine starke Anschwellung des Leibes, welche nach der vaginalen Untersuchung als Uterusgeschwulst angesprochen wurde. Bei der Operation zeigte es sich, daß es sich um eine im linken, breiten Bande sitzende und dem Uterus flächenartig anliegende, mit ihm nicht verwachsene Geschwulst handelte. Die $12^1/_2$ Pfund schwere Geschwulst erwies sich nach der Enukleation als Fibromyom. V. bespricht die Seltenheit dieser selbständig im Lig. lat. entstandenen, durch keinen Stiel mit der Gebärmutter verwachsenen Geschwülste. Aus der Literatur sammelte er vier derartiger selbständiger Geschwülste', welchen er neun ebenfalls gesammelte gestielte Fibromyome entgegenstellt. —

Die Struktur dieser im Lig. latum sitzenden Geschwulst gleicht der der am Uterus vorkommenden Fibromyome, nur ist weniger Muskelgewebe in ihnen zu finden. Die Diagnose, ob es sich um ein primäres oder ein vom Uterus ausgehendes Fibromyom handelt, ist kaum vor der Operation zu stellen; Menstruationsstörungen sollen bei der ersteren seltener und das Wachstum ein langsameres sein. Da der Uterus durch das Ligament oft innig in Verbindung mit der Geschwulst steht, muß er zuweilen mit entfernt werden. **Herhold** (Brandenburg).

48) **A. Fuchs** (Breslau). Polymorphzellige Tumoren der Cervix uteri.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LX. Hft. 3.)

F. berichtet über zwei gleichartige, polymorphzellige Sarkome der Cervix uteri, die bei einer 42- bzw. 43jährigen Frau zur Beobachtung kamen. Trotz weitgehendster Radikaloperation (abdominal) erfolgte bei Fall II frühzeitiges Rezidiv, obwohl namentlich dieser zweite Fall als ganz beginnende Neubildung zur ersten Operation kam. Fall I ist noch zu frisch, um als geheilt gelten zu können. F. schildert anschaulich die Struktur der Geschwulst und weist auf die Variabilität der Zellen sowie auf ihre Affinität zum Stroma, Blut- und Lymphbahnen hin, Eigenschaften, die er mit dem Ref. als Ursache für die hohe Bösartigkeit der Sarkome in Anspruch nimmt. Er fordert mit Recht, daß jeder Cervixpolyp mikroskopisch untersucht werde, und daß auch ganz beginnende Sarkome des Uterus durch das abdominale Radikalverfahren beseitigt werden sollen.

Kroemer (Berlin).

49) Sitzenfrey. Zur Radikaloperation des weit vorgeschrittenen Uteruskarzinoms. Verborgene Ausbreitung eines Karzinoms der hinteren Collumwand entlang der Wandungen eines Divertikels des hinteren Scheidengewölbes.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 38.)

Der von S. mitgeteilte Fall erweist, daß mittels großzügiger, kombinierter Operationsmethoden auch weit vorgeschrittene Gebärmutterkrebse erfolgreich exstirpiert werden können.

Infolge der in der Überschrift angegebenen Ausbreitung war die hintere Scheidenwand ungemein fest mit dem Mastdarm verwachsen, seine vordere Wand karzinomatös infiltriert. Zunächst wurde von einem medianen Bauchschnitt aus die Gebärmutter, wie üblich, mobilisiert und von der Blase und den Harnleitern freigemacht. Darauf wurden Scheide und Mastdarm mittels eines Schuchardtschen Hilfsschnittes, der bis zur Steißbeinspitze vorgeführt wurde, ausgelöst und im Zusammenhang mit der Gebärmutter durch die Dammwunde entfernt, die heruntergeholte Flexur in den von der Schleimhaut befreiten Sphinkterring eingenäht. Heilung mit reponiblem Mastdarmschleimhautvorfall; beim Urinieren mußte die Kranke stark mitpressen. Nach $8^1/_2$ Monaten gutes Wohlbefinden, kein Rezidiv. Gutzeit (Neidenburg).

50) Sitzenfrey. Mammakarzinom 2 Jahre nach abdominaler Radikaloperation wegen doppelseitigen Carcinoma ovarii.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 18 u. 19.)

Ein Fall ausgesprochener Disposition des gesamten Genitalapparates für karzinomatöse Entartung! — Ein primäres Adenokarzinom des linken Eierstockes hatte zur Bildung einer metastatischen Geschwulst im rechten Eierstocke, zu vereinzelten Lymphgefäßmetastasen im Uterus und zur Bildung eines Krebsknotens in der rechten Brustdrüse geführt, in der sich außerdem ein sicher primäres Karzinom entwickelt hatte. Gutzeit (Neidenburg).

51) Jahrbuch des Kaiserlichen Katharinenkrankenhauses in Moskau. Bd. I.

Moskau, 1907. 246 S. (Russisch.)

Das Krankenhaus beherbergt mehrere Kliniken der Moskauer Universität. In dem vorliegenden Band berichten die Ärzte derselben über ihre Tätigkeit im Schuljahr 1906—1907. Von den 23 Aufsätzen gehören folgende in das Gebiet der Chirurgie.

G. J. Rossolimo. Der Hirntopograph — ein Apparat zur Projektion der Teile des Gehirns auf die Schädeloberfläche. Der Apparat besteht aus einem durchlöcherten halben Globus, der auf dem Kopfe des Pat. befestigt wird; auf dem Globus ist die Lokalisation der wichtigsten Punkte angegeben; ein besonders konstruierter Stift wird durch das betreffende Loch bis zur Schädeloberfläche streng radial geführt und zeigt die Lage des nötigen Punktes an (s. Tafel).

K. K. Ivensen. Das Catgut in der Chirurgie. Die Sterilisation nach Claudius (J-JK-Lösung hat sich aufs beste bewährt.

A. B. Martynow. Beobachtungen aus der Gallengangschirurgie. 10 Fälle von Gallenstein: der 10. Fall ist besonders interessant: die Pat., 26 Jahre alt, leidet seit 6 Jahren an Schmerzen, seit $1^1/_2$ Jahren an typischen Anfällen. Der letzte — dritte — mit schwerem Ikterus begann vor 2 Wochen; Hydrops der Gallenblase, elender Allgemeinzustand, Puls 150. Operation in extremis. Nach Eröffnung und Entleerung der Blase wird ein 2 cm großer Stein aus dem Cysticus entfernt. Schnitt durch die Blase und beinahe den ganzen Cysticus; fast gar keine Verwachsungen. Als man zur Entfernung der Blase schreitet, fällt der Puls; der Blasenfundus wird abgeschnitten, Tampons in den Blasenrest und rund herum gelegt; Verband. NaCl-Infusion, Exzitantia. Nach 2 Tagen hat sich der Zustand

sehr gebessert, nach 10 Tagen schwand der Ikterus, nach 5 Wochen Entlassung mit kleiner granulierender Wunde, die sich bald vollends schloß. — Hier waren also die aufgeschnittenen Ränder der ganzen Blase und fast des ganzen Cystikus schließlich doch verwachsen.

Tödlich endete ein Fall (Cystektomie, Choledochotomia transduodenalis) infolge innerer Verblutung, — hier hatte der schwere Ikterus 2 Monate gedauert.

W. Alexandrow. Zur Kasuistik der Totalexstirpation der Pankreascysten. Pat., 14 Jahre alt, litt vom 8. bis zum 13 Jahre an rezidivierender exsudativer Peritonitis. Nach Schwund derselben begann die Cyste zu wachsen. Die Operation zeigte, daß die Geschwulst im Corpus pancreatis entstand, direkt nach vorn wuchs und schließlich über das Colon transversum herüberfiel, dasselbe nach hinten drückend, und nach unten wuchs, das Lig. gastrocolicum vor sich herschiebend. Die Cyste war über mannskopfgroß, enthielt 5 Liter dunkelbraune Flüssigkeit. Totalexstirpation, glatte Heilung. — In einem früheren Falle war die Ätiologie interessant: eine Wandermilz hatte das Pankreas zusammengedrückt, dessen Schwanz geknickt und so zur Entstehung einer zweifaustgroßen Cyste in demselben geführt. Feste Verwachsung mit der Milz. Resektion des Pankreasschwanzes mit der Cyste, Splenektomie, Heilung (Frau von 29 Jahren).

Den Schluß des Jahrbuches bilden Statistiken der verschiedenen Kliniken für das Schuljahr, sowie ein Nekrolog des kürzlich verstorbenen Andrologen, Prof. F. J. Ssinitzyn, mit dem Bildnis desselben.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

52) **C. Renton.** Notes of surgical cases.

(Practitioner 1907. November.)

Verf. berichtet in der sehr kurz gehaltenen Arbeit über die von ihm im Western Hospital zu Glasgow ausgeführten größeren Operationen. 9mal wurde die Gastroenterostomia retrocolica wegen Pylorusstenose, 1mal wegen Verätzung durch Chloroform ausgeführt, sämtliche Fälle kamen zur Heilung. Wegen Ulcus pepticum wurde 1mal die Gastroenterostomie gemacht, Pat. starb aber 5 Tage nach der Operation an Verblutung. Die Obduktion ergab ein blutendes Geschwür am kardialen Ende des Magens. Wegen Perforation ihres Magengeschwüres operierte Verf. vier Frauen, nach der Naht der Perforationsöffnung wurde gewöhnlich der Douglasraum drainiert, sämtliche Kranke wurden geheilt. Vier Pat. kamen wegen mechanischem Ileus zur Operation (ein Strangulationsileus, zwei innere Inkarzerationen, eine Stenose der Flexura sigmoidea). Die Stenose der Flexur wurde durch Resektion des Dickdarmes beseitigt, die Naht hielt jedoch nicht; Pat. starb; die übrigen drei Pat. wurden geheilt.

Bei dem Kapitel »Appendicitis« stellt Verf. mit Genugtuung fest, daß die Mortalität sich bedeutend verringert habe, seitdem die Internen diese Krankheit mehr und mehr den Chirurgen überlassen. Von den letzten 60 Fällen, unter denen sich die katarrhalischen Appendicitiden mit und ohne Abszesse sowie allgemeine Peritonitis mit befinden, wurden durch die Operation 59 geheilt, ein mit allgemeiner Peritonitis eingelieferter Pat. starb. — Beim Gallensteinleiden bedient R. sich der Cholecystostomie und drainiert die Blase nach Mayo Robson, indem er den Gummischlauch in eine neben dem Pat. liegende Flasche leitet. 10 Tage Drainage sind genügend. — Drei Extra-uterin-Graviditäten mit Perforation in die Bauchhöhle konnten durch die Laparotomie mit gutem Erfolge beseitigt werden. — Bei Prostatahypertrophie bedient sich R. mit gutem Erfolge der suprapubischen Prostatektomie; von acht in der letzten Zeit behandelten Pat. wurden sieben auf diese Weise geheilt; ein 82jähriger Mann, dem eine 7 Unzen schwere Vorsteherdrüse und 27 Steine aus der Blase entfernt werden konnten, starb in der 2. Woche nach der Operation. — Verf. zieht als Anästhetikum Äther dem Chloroform bei weitem vor und meint, daß sicher bei vielen Schwerkranken nur durch Anwendung des Äthers ein so guter Erfolg erzielt werden konnte.

Jenckel (Göttingen).

53) **Kümmell. Das Operationsgebäude des Eppendorfer Krankenhauses nach seiner Neugestaltung.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 373.)

Die Frage des Ausbaues eines modernen Operationsraumes, der gleichzeitig als Lehrsaal dienen und einer großen Zahl von Zuschauern einen genauen Einblick in die Details der operativen Technik gestatten soll, ist noch nicht erledigt. Wie sie im Eppendorfer Krankenhaus anläßlich des Neubaues des Operationsgebäudes gelöst wurde, beschreibt der Vorstand der I. chirurgischen Abteilung daselbst.

Er geht dabei von seiner Erfahrung aus, daß die Asepsis der Wunden nur durch die Beschaffenheit der Hände, nicht durch einen größeren Zuschauerkreis gestört werden kann.

Das Parterre des Gebäudes ist eingenommen von vier aseptischen Operationssälen und den zugehörigen Narkosen- und Vorbereitungsräumen; in der I. Etage finden sich die Laboratoriums-, Sammlungs- und Vorratsräume, im Souterrain Heizanlagen und Personalwohnungen. Der Fußbodenbelag ist aus Terrazzo hergestellt, die Wandbekleidung aus weißen Kacheln mit Ausrundung der Ecken. Die Heizung ist eine Niederdruckdampfheizung. Zur Händedesinfektion mit warmem Wasser, Bürste und Seife sind Waschtische eigener Konstruktion aus Porzellan, neuerdings aus reinem Nickel, bestimmt, deren Mischapparate sich außerhalb des Operationsraumes befinden. Die Waschung der Hände wird durch Abreiben mit Schumburg'scher Mischung und Abspülen mit sterilem Wasser oder Sublimatlösung vervollständigt, im übrigen auf Handschuhe, Bartbinde, Gummidecke usw. bei aseptischen Operationen verzichtet.

Der ganze Operationssaal gestattet eine bequeme Reinigung durch Abspritzen der Wände, Decken und Sitze. Der Zuschauerraum ist amphitheatralisch aufgebaut, bietet 100 Zuschauern Platz und wird von einem äußeren Umgang aus betreten.

Die Tagesbeleuchtung wird durch einen großen Glasausbau, welcher fast die ganze Decke einnimmt, zugeführt. Ideal scheint die in ihren Einzelheiten aus dem Original und den Skizzen zu ersehende künstliche Beleuchtung zu sein, die bei Vermeidung von Wärmestrahlung und Staubansammlung ein diffuses helles Licht liefert, und deren Anlage sich außerhalb des Operationsraumes selbst befindet.

Die Instrumentenkocher und Sterilisatoren stehen in einem Nebenraume mit Luftabzug, der mit Saugvorrichtung versehen ist, um die Ansammlung von Wasserdampf zu vermeiden. Die Sterilisationsanlagen sind möglichst einfach konstruiert. Sterile Kochsalzlösung wird in einem großen Kessel bereitet und in Flaschen von 15—20 l vorrätig gehalten, die vor dem Bedarf im Wasserbad erwärmt werden.

Maßgebendes Prinzip war, alles so einfach wie möglich und doch durchaus modern zu gestalten. Dies hat Verf. nach seiner 3jährigen Erfahrung mit dem jetzigen Operationsbau in hohem Grad erreicht. **Reich** (Tübingen).

54) **Kuhn.** Geräteimprovisation in der ärztlichen Praxis.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1907. Nr. 20 u. 21.)

Aus fünf Urelementen: Stangen, Rollen, Ösen, Klammern und Verbindungsschräubchen, lassen sich die verschiedensten Geräte und Apparate improvisieren, wie sie beim Krankentransport, der Extensionsbehandlung, zu Hebeeinrichtungen und Galgen und zu orthopädischen Zwecken erfordert werden. 34 Abbildungen erläutern die Anwendung. **Gutzeit** (Neidenburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 11. Sonnabend, den 14. März 1908.

Inhalt.

Zur Frage des Bauchschnittes bei Appendicitisoperationen.

Von

Dr. A. V. Moschcowitz,
Adjunct Sourgeon am Mount Sinai Hospital in Neuyork.

Auch wenn es etwas eigentümlich erscheint, erlaube ich mir doch in folgenden Zeilen, trotz Lennander, für die ältere sogenannte Lennander'sche pararektale Schnittführung bei Appendicitisoperationen eine Lanze zu brechen. Veranlaßt bin ich hierzu durch Lennander's Artikel »Über Drainage und über Bauchschnitt, besonders

[illegible]

[illegible]

Es ist aber nicht meine Absicht, mich mit der theoretischen Seite dieser Frage zu beschäftigen; ich will diesen Punkt nur durch meine praktischen Erfahrungen beleuchten. In meiner Arbeit „Zur Appendicitisfrage. Ein Bericht über 2000 operierte Fälle von Erkrankungen des Appendix vermiformis, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie" Archiv für klinische Chirurgie Bd. [illegible] Hft. 3, erwähnte ich die verschiedenen bei uns gebräuchlichen Schnittführungen und brachte auch Begründungen für unser Handeln. Unter anderen sagte ich auch, daß das häufige Auftreten von Hernien nach der Sonnenburg'schen Inzision und die offenbaren Vorteile der Kammerer'schen[1] Inzision uns veranlaßten, letztere auch in akuten Fällen zu verwenden. Mit dem Ausdrucke akute Fälle waren und sind solche Fälle gemeint, in welchen drainiert werden mußte. Dies erwies sich in höchstem Grade erfolgreich, und seither wird diese Inzision beinahe ausschließlich in allen akuten Fällen gebraucht. Weiterhin besprach ich auch die Länge der Inzision, die Menge, Form und Dauer der Drainage und kam zu dem Schluß, daß wir mit unserer Operationsmethode nur äußerst selten Hernien zu sehen bekommen.

Von den 2000 Fällen von Appendicitis operierten wir 1906 und gebrauchten die Kammerer'sche Inzision in 1451 Fällen, d. h. in 76,1 %. Es würde kaum lohnen, jetzt durch Zahlen festzustellen, in

[1] Ich will keine Stellung nehmen in der etwaigen Prioritätsfrage, ob man den hier besprochenen Schnitt den Kammerer'schen oder Lennander'schen Schnitt nennen sollte. Der mir zu Gebote stehenden Literatur entnehme ich, daß Kammerer ihn im New York med. record 1897 Dezember 11 beschrieb und zwei nach dieser Methode operierte Fälle am 4. März 1897 in der New York surgical Society vorstellte. Lennander's betreffende Arbeit erschien im Zentralblatt f. Chir. am 20. Januar 1898 und in schwedischer Sprache in Upsala Läkareförennings Förhandlingar im März 1898. Hier zu Lande ist diese Inzision unter dem Namen Kammerer bekannt, und deshalb wurde sie auch unter diesem Namen in meiner erwähnten Arbeit rubriziert.

wie vielen von diesen 1451 Fällen drainiert wurde und in wie vielen nicht. Ich glaube aber auch diesem Punkte wenigstens teilweise gerecht werden zu können, wenn ich die diesbezüglichen Zahlen bloß der im Jahre 1907 operierten Fälle angebe. So finden wir, daß wir in diesem Jahre 475 Fälle von Appendicitis operiert haben; die Kammerer'sche Inzision wurde in 345 Fällen, d. h. in beinahe 73 % angewandt. Von diesen 345 Fällen wurde die Wunde in 133 Fällen in toto vernäht; in 212 Fällen hingegen, d. h. in 61 % wurde drainiert.

Es könnte auch noch der Einwand gemacht werden, daß diese Zahlen nicht beweisend sind; denn es fehlen numerische Angaben über die von uns beobachteten Bauchbrüche. Wir drückten schon in unserer früher erwähnten Arbeit unser Bedauern darüber aus, daß wir nicht in der Lage sind, Zahlen gerade über diesen interessanten Punkt zu bringen, da unsere Patienten zu einer Klasse gehören, die sehr häufig ihren Wohnort ändert, so daß sie nach kurzer Zeit nicht mehr auffindbar sind. Wir wissen aber auch, daß unsere Patienten uns nur allzugerne aufsuchen, wenn nach stattgefundener Operation etwas nicht ganz in Ordnung ist. Wir sind daher, wie wir glauben, zu der Annahme berechtigt, daß Hernien nach unseren Appendicitisoperationen äußerst selten sind. Es darf vielleicht auch noch erwähnt werden, daß wir unsere Narben mit keinen Mitteln, wie elastische Bauchbinden usw., schützen.

Ich muß noch auf zwei weitere Punkte die Aufmerksamkeit lenken; 1) daß die von uns erzielten Resultate nicht auf einer etwaigen Sekundärnaht beruhen; denn sie wird bei uns niemals angewandt; und 2) daß wir mit der von uns gebrauchten Menge und Dauer der Drainage in höchstem Grade zufrieden sind. Das kann schon aus unserer Mortalität erblickt werden (im Jahre 1907 bloß 1,7 %), und keiner der gestorbenen Fälle kann der Operationsmethode zur Last fallen.

Ich bin mir bewußt, daß das letzte Wort in dieser Frage noch nicht gefallen ist; zur Genüge ist dies bewiesen, durch die immer wiederkehrenden Artikel über dieses Thema in den verschiedenen Fachschriften. Es wird aber vielleicht manchem eine Genugtuung sein, von unserer völligen Zufriedenheit mit dem pararektalen Schnitte zu hören, nicht nur in reinen Fällen, sondern auch in den drainierten.

---

1) **A. F. Brand.** The infectivity of cancer.

(Lancet 1908. Januar 11.)

Die Ausführungen gipfeln in Verf.s Ansicht, daß Krebs und überhaupt die bösartigen Neubildungen eine chronische Infektionskrankheit sind. In einzelnen Abschnitten der Arbeit werden besprochen: 1) das Häufigerwerden des Krebses; 2) Krebsentstehungshypothesen; 3) der Parasitismus des Krebses; 4) Infektiosität und Autoinokulation des Krebses; 5) ist die Krebszelle selbst der Parasit; 6) Einteilung der Neubildungen; 7) der Krebsparasit; 8) das Vorläuferstadium des Krebses (»the condition precedent«); 9) die Infektionskanäle und -Arten;

10) Prophylaxe; 11) neuere Errungenschaften der Krebsforschung und 12) Schlußfolgerungen.

Aus diesen Ausführungen über den Krebs in allen seinen vitalen Eigenschaften zieht Verf. die Schlußfolgerung, daß der Krebserreger von außen in den Organismus kommt, daß Krebs eine spezifische Infektionskrankheit, und daß ein spezifischer Organismus vorhanden ist, der alle Variationen der bösartigen Geschwülste hervorzurufen vermag. Die einzelnen Arten der bösartigen Geschwülste hängen nur ab bezw. sind nur begrenzt von der anatomischen Verschiedenheit der Struktur und Lage der befallenen Gewebe: Der Krebs ist im höchsten Grade infektiös für das betreffende Individuum, d. h. er neigt zur örtlichen und konstitutionellen Ausbreitung in dem Körper desselben. Spezifische, für ein Individuum infektiöse Krankheiten werden durch einen von außen kommenden Erreger hervorgerufen, sei es nun ein Mikrophyt oder ein Mikrozoon. Die Krankheiten werden auf andere übertragen, sei es direkt von Körper zu Körper, oder indirekt durch Gegenstände bezw. durch einen Zwischenwirt. Alle Krankheiten, die infektiös im eigenen Körper sind, sind auch infektiös anderen, empfänglichen Individuen gegenüber. Beides ist bei Krebs der Fall. Alle Krankheiten, die infektiös gegen den eigenen Organismus und gegen einen fremden Organismus sind, haben einen äußeren Ursprung, füglich auch Krebs.

Die Arbeit ist voller geistreicher Hypothesen und Theorien, auch von Statistiken aus Verf.s eigener Praxis, z. B. bei dem Häufigerwerden des Krebses; Verf.s Stellungnahme zu anderen Anschauungen ist oft scharf und voll von Satire. Dennoch ist die Arbeit bei dem allseitigen großen Interesse, das dieser aktuellsten aller medizinischen Tagesfragen heute entgegengebracht wird, sicherlich lesenswert.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

2) **H. Apolant.** Über künstliche Tumormischungen.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 251.)

Aseptisch herausgenommene Sarkome wurden verschieden lang bei —10° aufbewahrt und dann mit frisch extirpierten Karzinomen bzw. Chondromen gemischt und weitergeimpft. Dabei ergab sich, daß das Rundzellensarkom eine viel ausgesprochenere Neigung zur Bildung von Mischgeschüwlsten besitzt als das Spindelzellensarkom. Schon nach zweitägiger Kälteeinwirkung wurde mit dem Rundzellensarkom und Karzinom neben einem Sarkom ein Carcinoma sarcomatodes erzeugt, d. h. ein Karzinom, dessen Stroma sarkomatös ist. Nach längerer Kälteeinwirkung überwog diese Geschwulstgattung. Dagegen zeigte sich bei Injektion von Spindelzellensarkom und Karzinom erst nach fünf Tagen Kälteeinwirkung ein Sarkom mit etwas Carcinoma sarcomatodes, nach längerer Kälteeinwirkung fast stets reines Karzinom.

Bei Mischung von Chondrom und Rundzellensarkom oder Spindelzellensarkom wurde eine Mischgeschwulst mit gleichmäßiger Durchsetzung beider Komponenten niemals erzielt, es handelte sich lediglich um

ein Nebeneinander zweier völlig unabhängiger Geschwulstspezies. Diese Unfähigkeit des Sarkoms und Chondroms, sich zu einem einheitlichen, neuen Geschwulsttypus zu amalgamieren, die um so auffälliger ist, als es sich hier um Abkömmlinge desselben Keimblattes handelt, beruht zum Teil wohl auf den sehr differenten biologischen Wachstumsbedingungen beider Geschwülste. Das Chondrom ist ausgesprochen angiotaktisch. Wird es an der Anlockung der Gefäße, etwa durch das umwuchernde, schlecht vaskularisierte Sarkom verhindert, so gehen die Chondrominseln eben nekrotisch zugrunde.

Für die allgemeine Geschwulstlehre ergibt sich aus diesen Untersuchungen die nicht unwichtige Tatsache, das Mischgeschwülste nur dann zustande kommen, wenn die biologischen Bedingungen für das Wachstum der einzelnen Komponenten annähernd die gleichen sind.

Goebel (Breslau).

---

3) **J. E. Salvin-Moore** and **C. E. Walker.** On the relationship of cancer-cells to the development of cancer.

(Lancet 1908. Januar 25.)

An Übertragungen einer sehr virulenten Krebsgeschwulst aus dem Ehrlich'schen Institut vermochten Verff. nachzuweisen, daß bei der Entstehung des Impfkarzinoms tatsächlich die überimpften Zellen selbst weiter wachsen, und daß nicht etwa durch eine von ihnen erregte Reaktion benachbarte Zellen des betreffenden Organismus die Geschwulst hervorrufen.

Verff. brachten darauf die zu überimpfenden Partikelchen 20 bis 30 Minuten lang in flüssige Luft, die bekanntlich eine Minustemperatur von 195° aufweist; trozdem gingen die Impfungen in den meisten Fällen noch an. Es folgen daraus zweierlei Erwägungen: Zunächst steht fest, daß die Exposition der Krebszellen in derartig tiefe Temperaturen die Vitalität des Mäusekrebses nicht unbedingt zerstört. Wenn nun aber, wie es ja auch möglich ist, die zu transplantierenden Zellen, also die »Krebszellen«, von der außerordentlich niedrigen Temperatur zerstört werden, dann beweist die dennoch an der Impfstelle einsetzende Krebsentwicklung, daß dieselbe von der Integrität der »Krebszellen« unabhängig ist, und daß sie nicht nur von den überimpften Zellen, sondern auch von den Zellen des Wirtes ihren Ausgang nehmen kann, als Reaktion auf einen mit den gefrorenen Partikelchen gleichzeitig eingeführten Stimulus.

Die interessanten Versuche der in der Krebsforschung bekannten Verff. sind noch nicht abgeschlossen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

4) **Abramowski.** Zur Frage des endemischen Vorkommens von Krebs.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 394.)

Bericht über gehäuftes Vorkommen von (meist Magen-) Krebs in drei Dörfern, die an demselben Fluß auf Lehmboden liegen. Die

Krebshäuser sind meist von moorigen, [illegible] Ausnahme eines Falles sind nur Männer befallen. [illegible] ders auf die zeitlichen Schwankungen bei [illegible] aufmerksam, indem jahrelange freie Intervalle mit [illegible] tem Auftreten des Krebses abwechseln, eine Erscheinung, [illegible] Behla, Kolb, v. Hansemann Beispiele gegeben [illegible]

[illegible]

5) **H. Spude.** Über Ursache und Behandlung [illegible]

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. [illegible].)

Ausführliche Polemik gegen Fischer. Vorschlag [illegible] behandlung der Karzinomkranken auch nach radikaler [illegible] die Krankheit eine Stoffwechselerkrankung ist, bei der [illegible] vaskulärer spezifischer Stoff das den Wucherungsreiz [illegible] sächliche Agens darstellt. Es werden vor allem [illegible] unmittelbar nach der Operation empfohlen.

Der Wert der Arbeit liegt vor allem in der [illegible] zeichneter Figuren eines beginnenden Karzinoms. [illegible]

6) **E. Beer.** A note on the sensibility of the [illegible] ceral peritoneum.

(New York med. record 1907. Oktober 5.)

B. bringt als Beweis für die Unempfindlichkeit des [illegible] Peritoneums die Beobachtung, daß bei großen und [illegible] ohne Schmerzäußerung an dem visceralen Peritoneum [illegible] werden könne, während auf Berührung des parietalen Blattes der [illegible] sofort reagiere, wie auch schon von Lennander und anderen [illegible] achtet wurde. Die Arbeit von Dr. Meltzer und Kast sei [illegible] der Kokainanwendung nicht einwandsfrei. [illegible]

7) **E. Siegel** (Frankfurt a. M.). Die Behandlung der Peritonitis.

(Wiener klinische Rundschau 1907. Nr. 52.)

Verf. gibt uns in seinem Vortrag eine schöne, klare Darstellung der modernen Peritonitisbehandlung. Die Krankheit hat in den letzten Jahren ein ganz anderes Gesicht bekommen, weil wir Frühdiagnosen machen gelernt haben; wir sehen und behandeln die Peritonitis schon oft in einem Stadium, wo sie noch ein lokales, oft leicht heilbares Leiden darstellt. Idiopathische Peritonitis gibt es kaum. — Es folgt eine Darlegung sämtlicher Symptomen, deren variabler Charakter uns stets vor Augen stehen soll, um keine beginnende Peritonitis zu übersehen. — Verf. steht auf dem Standpunkte, daß man mehrere kleine Schnitte, eventuell Kotfisteln anlegen soll; große Eingriffe, Eventrationen, Spülungen sind nicht empfehlenswert.

Die Besserung in den Operationsresultaten ist nicht so sehr auf

die Operationsmethode zu beziehen, als vielmehr auf die Einlieferung der Kranken in früherem Stadium. **Schmieden** (Berlin).

---

8) **Rammstedt.** Die Behandlung der Blinddarmentzündung unter Berücksichtigung militärischer Verhältnisse.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1907. Hft. 14.)

R. referiert über 106 im Garnisonlazaret Münster vom Jahre 1901—1907 beobachtete Fälle von Appendicitis, von welchen 43 operativ behandelt wurden. R. ist in den letzten Jahren Anhänger der Frühoperation geworden. Seine Grundsätze sind folgende: 1) Alle Blinddarmentzündungen sollen sofort der äußeren Station der Lazarette überwiesen werden. 2) Leichte Fälle sind intern zu behandeln. 3) Schwere oder in der Beurteilung des Grades der Krankheit nicht ganz klare Fälle sind der sofortigen Operation zu unterziehen. 4) Bei der Behandlung appendicitischer Abszesse und allgemeiner Bauchfellentzündung ist der kranke Wurmfortsatz möglichst mit zu entfernen.

Herhold (Brandenburg).

---

9) **W. H. Battle.** Remarks on appendix abscess.

(Practitioner 1907 Dezember.)

Verf. weist darauf hin, wie wichtig es ist, möglichst bald die Abszeßbildung bei der Appendicitis zu erkennen und den Eiter durch operativen Eingriff zu beseitigen; denn wenn auch in vielen Fällen wohl die Eiterbildung gering ist, keinerlei größere Erscheinungen verursacht und oft von selbst wieder verschwindet, so ist doch ein derartiger Zustand immer als ein gefahrvoller zu bezeichnen, da niemand mit Sicherheit vorhersagen kann, wie der Weiterverlauf sein wird. Durch frühzeitige Inzision werden jedoch die Gefahren, welche ein solcher Abzeß in sich birgt und noch sekundär hervorrufen kann (Perforation in die Bauchhöhle oder Nachbarorgane, Toxämie, Darmverschluß) beseitigt. Mit Recht weist B. darauf hin, daß manche derartige Appendicitisfälle mit Abszeßbildung nicht richtig seitens der praktischen Ärzte erkannt werden, weil die Digitalexploration des Beckens vom Mastdarm aus unterlassen ist, und zeigt, wie wichtig gerade diese Untersuchung für jeden Fall von Appendicitis ist, auch wenn keinerlei Symptome (Schmerzen, Fieber) bestehen, die auf das Vorhandensein einer Eiteransammlung im Becken hinweisen. Mehrere Krankengeschichten sind der interessanten Arbeit beigefügt. Betreffs der Operation steht Verf. auf dem Standpunkt, in der Regel bei Absceßbildung und Eröffnung desselben den Wurmfortsatz nicht sofort zu entfernen, sondern nur dann, wenn besonders günstige Verhältnisse für seine Entfernung vorliegen, oder aber bereits ausgebreitete eitrige Peritonitis besteht. Auch Gegenöffnungen legt er nur bei sehr großen und vernachlässigten Abszessen an. Von 100 operierten Kranken — 55 männlichen, 45 weiblichen Geschlechts — wurden

90 geheilt, 10 starben. 13mal wurde der Wurmfortsatz in derselben Sitzung mit entfernt; von diesen Pat. starben zwei.

Jenckel (Göttingen).

---

10) J. H. Richards. The W. Gill Wylie appendix operation.

(New York med. record 1907. Oktober 19.)

R. hält die Appendektomie nach W. Gill Wylie insofern für vorzüglich, als keine Muskelfaser durchschnitten wird, keine Gefahr der Hernie besteht, keine Schwächung der Bauchwand folgt und die Narbe »fast unsichtbar« ist.

1) Hautschnitt ein wenig rechts von der Linea semilunaris beginnend schräg nach unten und innen, 2—3 Zoll lang.

2) Etwas kürzere Inzision der Aponeurose des Obliq. ext. in der Richtung von dessen Faserverlauf. Der innere Wundrand wird dann medianwärts mit einem Haken verzogen.

3) Die Inzision der vorderen Rectusscheide transversal gelegt. (Dies hat den Zweck, daß Kontraktionen des Rectus nach der Operation diese Wundränder nicht anspannen, zumal der transversale Zug der Musc. obliq. indirekt an der Rectusscheide inserierend hier in Betracht kommt.) Der M. rectus wird dann wieder medianwärts verlagert und der hintere Teil der Rectuscheide ebenso transversal eröffnet.

Wylie hat während der Operation konstatiert, daß bei Brechbewegungen die Kontraktion der Musculi obliqui die Wundränder der Rectusscheide sogar aneinander bringt, während beim Längsschnitt, wie in Kammerer's und Deaver's Methode, die Schnitte sich erweitern.

Die Entwicklung des Wurmfortsatzes, die eine gewisse Fertigkeit verlangt, geschieht mit dem Zeigefinger und einer für den Operateur besonders angefertigten sehr weich fassenden Zange.

Der Stumpf wird durch Zusammenziehen einer feinen Tabaksbeutelnaht, die vor der Resektion zirkulär ein wenig von der Basis des Wurmes entfernt im Coecum an gelegt wurde, so versorgt, daß nur Peritoneum restiert. Naht der einzelnen Schichten.

Loewenhardt (Breslau).

---

11) A. F. Hertz and C. J. Morton. The passage of food along the human alimentary canal.

(Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Die Arbeit bildet eine schöne Ergänzung zu den Demonstrationen Goldammer's auf dem Chirurgenkongreß. Beim Schluckakte von Flüssigkeiten unterscheiden Verff. zwei Geräusche, das erste scharf und kurz, am besten unter dem Kinn zu hören. Es ist synchron mit der Kontraktion der Mylohyoidei und dem Heben des Kehlkopfes, entsteht wahrscheinlich durch Widerschlagen der Flüssigkeit an der hinteren Rachenwand. Das zweite Geräusch wird beim Stehen und Sitzen am besten am Epigastrium gehört, wie ein Tröpfeln. Es ist

erst zu hören, wenn etwas Flüssigkeit im Magen ist. Beim Schlucken fester Massen fehlt es meist. Verff. geben Abbildungen vom Schlucken von Milch mit Wismut. Interessant ist der Befund, daß eine feste Wismutkapsel 15 Minuten brauchte, um zur Cardia zu kommen. In einem anderen Falte brauchte die Kapsel 4 Minuten, um die Cardia zu überwinden. Ein Diagramm täuscht einen Sanduhrmagen vor, der auch klinisch angenommen wurde, während es sich um ein Duodenalgeschwür handelt. Instruktive Bilder erläutern die Fortbewegung der Speisemassen durch den ganzen Darmkanal. Die ersten Geräusche, die am Blinddarme zu hören sind, fallen zusammen mit der Ankunft der Speisemassen daselbst, wie in einer Reihe von Bildern nachgewiesen wird.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

12) **M. Simmonds.** Über Form und Lage des Magens unter normalen und abnormen Bedingungen mit zahlreichen photographischen Aufnahmen an Leichen. 54 Seiten und 12 Tafeln.

Jena, **Gustav Fischer,** 1907.)

S. hat an einer großen Anzahl von Leichen die Lage der Bauchorgane mit Hilfe der Kamera fixiert. Dabei hat er gefunden, daß Form und Lage des Magenkanals einer noch nicht verwesenden Leiche im wesentlichen den Verhältnissen entsprechen, die auch im Leben bestanden haben. Die Aufnahmen sind mit Linsen von 25 cm Brennweite an liegenden Leichen gemacht worden, nachdem die Bauchhöhle, nötigenfalls auch die Brusthöhle, eröffnet worden war.

Ein Unterschied gegen röntgenologische Untersuchungen ist der, daß die Mägen bei verschiedenen Füllungsgraden beobachtet werden können. Als ein Fehler der Röntgenuntersuchung muß gelten, daß der Röntgenschatten nur die Projektion der Magenkonturen bei der Vorderansicht gibt, daß also dort, wo große Kurvatur und Magengrenze nicht zusammenfallen, das Röntgenbild nicht der wirklichen Magenform entsprechen wird.

Ein mehr oder weniger großer Teil des Magens ist immer von der Leber überlagert, ja ein sehr eng gewordener Magen kann vollständig unter der Leber verschwinden. Das ist besonders beim Fötus und Neugeborenen der Fall, deren Magen je nach der Schleimfüllung verschiedene Gestalt hat. Unter 50 Säuglingen war 40mal die große Kurvatur mit der Konvexität nach der Bauchwand gerichtet, so daß die hintere Magenwand den tiefsten Punkt bildete. Je mehr das Colon transversum bei Kindern aufgebläht ist, desto ausgesprochener sieht man diese Emporklappung des Magens. Deshalb sollte man bei Röntgenuntersuchungen mehr Rücksicht auf die Füllung des Magens nehmen, ganz besonders bei jungen Kindern.

S. betrachtet die Riedel'sche Magenform als die normale. Beim normalen Magen soll Pylorus und kleine Kurvatur von der Leber bedeckt sein. Die kleine Kurvatur verläuft, wie Rosenfeld richtig

angegeben hat, von der Cardia aus zunächst in der Richtung nach links, dann senkrecht und erst dann biegt sie zum Pylorus um. Die verschiedenartigen Magenformen, die als normal zu gelten haben, werden an Skizzen veranschaulicht.

Wenn man den Begriff der Gastroptose nur auf die Fälle beschränkt, in denen der Pylorus abwärts von der Leber frei vorliegt, so findet man Gastroptose bei Männern zwischen dem 15. und 50. Jahre in etwa 3 %, bei Frauen gleichen Alters in etwa 50 %. Bei Kindern kommt die Gastroptose kaum vor, bei alten Leuten ist sie häufiger. Die Mehrzahl der Gastroptosen ist mit Zwerchfelltiefstand kombiniert. Bisweilen steht das Zwerchfell allerdings auch hoch. Der ptotische Magen ist bald eng, bald teilweise oder im ganzen erweitert. In diesen Fällen ist die Verschiebung das Primäre, die Erweiterung das Sekundäre. Bei starker Gastroptose sind auch Erweiterungen der Pars horizontalis des Duodenum nichts Seltenes.

Eine eigentümliche Form kommt zustande, wenn nur die Pars pylorica gedehnt ist, während der Fundus eng bleibt. Sehr enge, fast schlauchähnliche Magen findet man häufiger bei der senilen Gastroptose, selten bei jüngeren Individuen. Der Umstand, daß er aber auch bei jüngeren Leuten vorkommt, spricht dafür, daß die Überdehnung des Magens keine allzuwichtige Rolle in der Ätiologie der Magenverlagerung spielen kann.

Das Pankreas beteiligt sich, dank seiner strafferen Befestigung, bei weitem nicht so an der Senkung wie der Magen. Bemerkenswert ist aber, daß es bei Vertikalstellung des Magens öfters schräg gestellt gefunden wird in der Richtung von links oben nach rechts unten. Daß das Colon transversum sich an der Magensenkung stets beteiligt, liegt auf der Hand. Der Dünndarm kann sogar sehr tief stehen bei nur geringer Magensenkung. Daß das herabgesunkene Kolon eine Zugwirkung auf den Magen ausübt, kommt verhältnismäßig selten vor. Häufiger ziehen am Magen Verwachsungen des Netzes, z. B. in Brüchen.

Oft drückt eine verlängerte Schlinge des Querkolon den Magen nach rechts oder überlagert ihn von vorn her und drückt ihn nach hinten, so daß bei Eröffnung der Bauchhöhle der Magen gar nicht sichtbar ist. Eine Einengung des Magens durch Dickdarmschlingen kann aber nur zustande kommen, wenn letztere infolge Verwachsungen nicht mehr beweglich sind.

Daß Geschwülste, Meteorismus und Ascites die Lage des Magens beeinflussen können, ist leicht erklärlich. Hochstand des Magens neben Ptosis des Dünndarmes sah S. manchmal bei alten Leuten.

Bei Untersuchungen von Säuglingsmagen fand S., daß die Bildung eines langen, engen, stark kontrahierten Pyloruskanals gar nichts Seltenes ist. Der Unterschied gegen angeborene Stenosen besteht oft nur darin, daß bei diesen die Kanalwandung ganz bedeutend dicker ist bei sonst gleicher Länge und bei gleichem Kontraktionsgrad. In den von S. beobachteten Fällen ist somit die Hypertrophie der Pylorusmuskulatur nicht vorgetäuscht.

Am Schuß veranschaulichen 48 Photographien die verschiedenen Lagen des Magens normaler und krankhafter Art.

E. Moser (Zittau).

---

13) **P. Alglave.** Contribution à l'anatomie chirurgicale et comparée du segment iléo-caecal de l'intestin de l'adulte.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1907. Nr. 2.)

Aus praktischen Gründen wird das Ende des Dünndarmes, des Blinddarmes und 5 oder 6 cm des Dickdarmes, ein Darmstück von 20—25 cm Länge, als ein Ganzes, als »Ileococalsegment« behandelt.

Die Lage desselben kann lumbal sein (3mal unter 100 Fällen), oder am Darmbeine (74mal unter 100), oder im Becken (23 unter 100). Hier kann es eine seitliche Lage einnehmen (17 Fälle) oder im Cavum Douglasii selbst liegen (6 Fälle).

In jeder dieser Lagen gibt es Variationen. Diese und die mannigfachen, durch die Lage gegebenen Abänderungen der peritonealen Bänder werden eingehend besprochen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

14) **E. Martini** (Turin). Sopra un nuovo processo di sutura amovibile nella cura radicale dell' ernia inguinale.

(Cinica chirurgica 1907. Heft 7 und 8.)

Bassini's Landsleute unter den Chirurgen sind unermüdlich im Vorschlagen neuer Operations- oder wenigstens Nahtmethoden für die Radikaloperation der Hernien. Man kann fast keine Nummer eines italienischen Fachblattes aufschlagen, ohne eine solche Publikation zu finden. Wir finden vor allem darin den Beweis, daß alle bisherigen Methoden noch immer nicht eine absolute Garantie für den Erfolg des Eingriffes bieten. Ganz besonders ist dies in bezug auf die Nahtmethoden der Fall. Hier ist allerdings schon eine gewisse Klärung der Ansichten zu verzeichnen. Aber die vielen Versuche, auch für den Verschluß der tiefen Schichten nur temporäre Nähte anzulegen, lassen darauf schließen, daß doch die meisten Chirurgen der Frage der absoluten Reinigungsmöglichkeit der Haut in der Inguinalgegend skeptisch gegenüberstehen. — Die Arbeit M.'s bietet zu diesen Erwägungen einen neuen Beitrag. M. näht mit doppelten und doppeltarmierten Seidenfäden, kreuzt je zwei solcher Fäden auf ihrem Wege durch alle Schichten des Wundrandes und knüpft schließlich die Einzelfäden jeder Naht beiderseits des Hautschnittes über je einem langen Bäuschchen. Die Details der Naht in der Tiefe sind ohne Abbildungen nicht leicht klar zu machen. M. spricht seiner Methode folgende Vorteile zu: Bessere Lagerung des Funiculus spermaticus; Verschwinden des Annulus inguinalis internus; Verschwinden des Canalis inguinalis und Entstehen einer starken Wand vor dem Funiculus; Verringerung der Zahl der Nähte und daher der Infektionsmöglich-

*

keiten: Verringerung der Zahl der Ligaturen im Unterhautzellgewebe durch die komprimierenden Bäuschchennähte. J. Sternberg (Wien).

---

15) Wittgenstein und Grosse. Über die Hernie der weißen Linie.

Med. Klinik 1907. p. 151.

In den Lehrbüchern der inneren Medizin und insbesondere der Magenkrankheiten findet sich fast nie eine Beschreibung der Hernie der weißen Linie, obgleich sich die damit behafteten Kranken fast stets zuerst an einen internen Arzt wenden. Vorwiegend sind davon Männer, u. zw. der arbeitenden Klasse befallen, nach W.'s Erfahrungen 2 v. H. aller 900 mit Verdauungsbeschwerden behafteten Kassenmitglieder. W. bespricht auf Grund seiner Beobachtungen Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung. G. letztere und die Anatomie des genannten Leidens. Litteraturzusammenstellung.

Georg Schmidt (Berlin).

---

16) Bloodgood. Akute dilatation of the stomach — gastromesenteric ileus.

Annals of surgery 1907. November.

B. bespricht jene Fälle, in welchen eine plötzlich auftretende Ausdehnung des Magens das Leben bei nicht rechtzeitiger ärztlicher Hilfe in hohem Maße gefährdet. Diese akute Magendilatation verbindet sich oft zu gleicher Zeit mit einer akuten Aufblähung des oberen Teiles des Duodenum. Eine Anzahl Autoren glauben, daß der dilatierte Magen am Mesenterium zerrt und auf diese Weise das durch das Mesenterium ziehende Duodenum an der Vereinigungsstelle des letzteren mit dem Jejunum knickt; sie sprechen dann von einem gastro-mesenterischen Ileus. Verf. läßt die Frage offen, ob dieser Ileus die Ursache der akuten Blähung des Duodenum ist. Jedenfalls kommt nach ihm aber auch eine Dilatation des Magens und Duodenums primär vor, ohne daß das Mesenterium daran beteiligt ist.

Es sind Verwechslungen mit hohem Darmverschluß möglich. Während jedoch bei diesen Schmerzen und Erbrechen ohne starke Darmblähung in die Erscheinung treten, sind bei der akuten Dilatation die Schmerzen gering oder gar nicht vorhanden, das Erbrechen und der Kollaps gehen aber mit einer enormen epigastrischen Aufblähung des Leibes einher.

Die akute Magen- und Dünndarmerweiterung ist im ganzen selten, sie tritt primär bei nach Krankheiten geschwächten Personen, dann aber auch vorzugsweise durch Bauchoperation ein. Die Mortalität beträgt 71%. Die Behandlung besteht in sofortiger Ausspülung des Magens; wenn diese nicht hilft, muß operiert werden; und zwar macht man, wenn die Dilatation am Pylorus aufhört, die hintere Gastrojejunostomie, wenn sie über den Pylorus hinaus auch das Duodenum ergriffen hat, die Gastrojejunostomie mit Jejuno-duodenostomie. Hervor-

gerufen wird die Dilatation scheinbar durch Toxine. In der Arbeit sind mehrere einschlägige Fälle unter Hinzufügen guter Abbildungen ausführlich besprochen. **Herhold** (Brandenburg).

---

17) **C. G. Cumston.** Ptosis of the abdominal viscera surgically considered.

(New York med. record 1907. Oktober 19.)

Nach C. tritt die Enteroptose besonders bei erblicher Disposition zur Erschlaffung des muskulären und fibrösen Gewebes auf. Beim Manne hängen die Hernien, bei der Frau der Bauchbruch, bei beiden die Varicen damit zusammen. Schwangerschaft und unzweckmäßiges Verhalten nach der Entbindung, Geschwülste und schlecht sitzende Korsetts tun das übrige.

Zur chirurgischen Behandlung der Enteroptose empfiehlt Verf. Hautschnitt vom Brustbein bis zur Symphyse und Freilegung der Mm. recti. Beide Muskeln werden fest aneinander genäht, so daß sie sich zum Teil decken. Dann wird der überschüssige Teil der vorderen Aponeurose reseziert und diese vereinigt und schließlich mit einem elliptischen Schnitt nach Bedarf die Bauchhaut verkleinert und genäht. **Loewenhardt** (Breslau).

---

18) **Van Swalenburg.** Strangulation resulting from distention of hollow viscera.

(Annals of surgery 1907. November.)

Verf. studierte die Einwirkung der überdehnten Darmwand auf die in ihr verlaufenden Blutgefäße an Tieren. Zu diesem Zwecke holte er nach Laparotomie eine Darmschlinge hervor und band in das eine Ende eine Kanüle, in das andere eine elektrische Lampe. Nun injizierte er langsam durch die Kanüle Wasser und beobachtete dann die erleuchtete Darmwand unter dem Mikroskop. Der Druck wurde durch ein Quecksilbermanometer gemessen, das mit der Kanüle in Verbindung stand. Bei 30 mm Druck wurde der Strom in den Kapillaren, bei 60 in den kleinen Venen, bei 90 mm in sämtlichen Blutgefäßen sehr langsam, und war in letzterem Falle eine bestimmte Stromrichtung nicht mehr zu bemerken. Bei 130 mm hatte die Zirkulation ganz aufgehört, die Blutkörperchen lagen still in den Gefäßen; erhöhte man den Druck noch etwas, so traten Ekchymosen auf. Gleiche Beobachtungen wurden am Wurmfortsatz gemacht. Es erhellt aus diesen Versuchen, daß die Zirkulation in den Darmwandgefäßen aufhört, wenn der Innendruck des Darmes gleich dem Druck in den Arterien ist; die Folge ist Effusion, Infiltration und schließlich Gangrän. Diese Zustände treten bei dem strikturierten Wurmfortsatz ein, wenn ein Kotpfropf hinter der verengten Stelle sitzt und keinen Abfluß der gestauten Sekrete gestattet. Ähnlich gestaltet sich die Erscheinung bei strangulierten Darmteilen. **Herhold** (Brandenburg).

[illegible]

[illegible] Kindern entwickelt sich die [illegible] des Blinddarmes [illegible] Als Operation kommt bei scharf abgegrenzten [illegible] in Frage. Ein lokaler Lungenherd bei gutem Körperkräften ist keine Gegenanzeige gegen die Operation, wohl aber fortgeschrittene Lungentuberkulose oder Kachexie... Berthold Brandenburg.

---

26. C. Moore. Rectal feeding. A review.

Practitioner 1907. November.

Die in der letzten Zeit erschienenen Arbeiten über rektale Ernährung werden einer eingehenden Kritik unterworfen. Die Untersuchungen von Cannon, Elliot und Smith haben ergeben, daß die Antiperistaltik im Colon transversum, ascendens, sowie im Coecum ein normaler Prozeß ist; periodisch etwa alle 5 Minuten auftretende und ungefähr 5 Minuten andauernde Kontraktionswellen treiben den Inhalt des Dickdarmes zum Blinddarme zurück und bringen die Massen auf diese Weise immer wieder mit der Absorptionsfläche in Berührung. Die Valvula Bauhini ist nach den Arbeiten von Elliot nicht nur eine mechanisch wirkende Klappe, sondern ein vom Sympathicus innervierter muskulöser Sphinkter, der bei der Kontraktion den Blinddarm vom Dünndarm abschließt. Unter gewissen Umständen tritt jedoch eine Insuffizienz dieser Klappe ein, und dann kann der Blinddarminhalt in den Dünndarm zurücktreten. So erklärt es sich, daß durch den After eingeführte Massen von dem betreffenden Individuum erbrochen werden konnten. In solchen Fällen ist auch für kurze Zeit eine relativ gute rektale Ernährung der betreffenden Kranken möglich, in allen anderen findet bei der Verabfolgung von Nährklysmen stets eine Unterernährung statt. Als bestes Nährmittel für »rektale

Fütterung« empfiehlt Verf. Eiweißkörper (Albumosen oder Peptone) in 10%iger Konzentration, Milch, Eigelb und Zucker, ebenfalls in 10%iger Konzentration, mit einem Zusatz von 1 : 100 Kochsalz.

Jenckel (Göttingen).

---

21) **Gelpke.** Hämorrhoiden, ihr Wesen und ihre Behandlung.

(Mediz. Klinik 1907. p. 1482.)

Reinbach's pathologisch-anatomisch gestützte Ansicht, daß die Hämorrhoiden angeborene Neubildungen seien, läßt sich — allerdings nur in einem Bruchteile der Fälle — auch klinisch begründen. G. führt selbstbeobachtete Fälle angeborener oder in den ersten Pubertätsjahren erscheinender Krampfadern an, bei welchen mechanische Blutstauung keine Rolle spielte, und überträgt diese Erfahrung auf Hämorrhoiden. Weiterhin werden die Ätiologie und Klinik des Leidens besprochen. Für die Mehrzahl der Kranken ruht das Hauptgewicht der Behandlung auf der Regelung der Kost, der tunlichsten Veränderung der Lebensweise, der Beseitigung der mechanischen Schädigungen des anhaltenden Sitzens, Stehens, der dauernden Rückenlage durch Gymnastik usw. Von chirurgischen Eingriffen ist der des praktischen Arztes die Einspritzung gerinnungsfördernder, ätzender Mittel. G. übte im Kantonalspitale Basel-Land seit Jahren mit gutem Erfolge die Teilexzision und die perkutane Umstechung; letztere seit 1900.

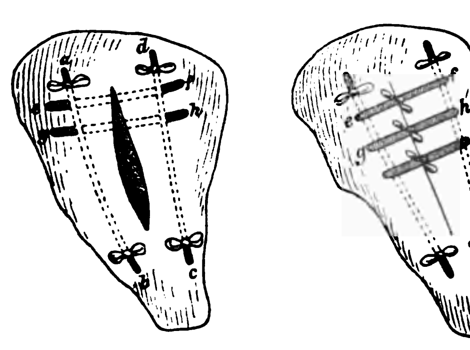
Georg Schmidt (Berlin).

---

22) **Knott.** A new liver suture.

(Annals of surgery 1907. November.)

K. hat folgende Methode, Blutungen der Leberwunden zu stillen, an Hunden mit gutem Erfolge versucht. Mit stumpfen Nadeln wird seitlich der Wunde je ein ziemlich dicker Catgutfaden durch die Lebermasse geführt (*a b* und *c d*); an die herausragenden Enden wird



je ein neuer Catgutfaden schleifenartig gebunden, um das Zurückgleiten zu verhindern. Nun werden senkrecht zu den ersten Catgutfäden neue von einer Seite der Wunde zur anderen geführt, und zwar mit Ein- und Ausstich außerhalb der ersten Faden bleibend (*e f* und *g h* usw.). Beim Knoten derselben greifen diese letzteren Fäden um

die ersten Fäden, und es wird auf diese Weise das Durchschneiden durch die Lebermasse vermieden. Herhold (Brandenburg).

---

23) Bland-Sutton. Discussion on the medications for performing cholecystectomy.

(Brit. med. journ. 1907. Oktober 5.)

Als Ref. über oben genanntes Thema auf der 75. Versammlung der British medical association tritt B.-S. als starker Verfechter der Cholecystektomie im Gegensatze zu der in Englend üblichen Cholecystostomie auf. Überall, wo ein operativer Eingriff wegen einer erkrankten Gallenblase für angezeigt gilt, ist die Ektomie am Platze. Verletzungen der Gallenblase, Cholecystitis mit und ohne Steine, Geschwürsdurchbruch der Gallenblase, Hydrops, Empyem, Fisteln und Krebs der Gallenblase. Für jede dieser Indikationen gibt er kurze Hinweise über die Vorzüge der Ektomie. Die Cholecystostomie hält er für einen überwundenen Standpunkt.

Sämtliche Diskussionsredner stehen auf einem weniger ausschließlichen Standpunkt. Maylard betont den Wert des Gallenabflusses durch die angelegte Gallenblasenfistel und die Erhaltung der Gallenblasenfunktion, und hält es daher für einen Irrtum, die Ektomie auszuführen, wo die Fistelanlegung dem angestrebten Zweck entspricht. Charters J. Symonds hat unter 44 Operationen 28mal die Gallenblase entfernt. Er hält eine größere Bevorzugung der Ektomie, wie sie sich zurzeit geltend macht, für berechtigt wegen ihrer Vorteile, will sie aber nicht ohne weiteres als Operation der Wahl hingestellt wissen. Er stellt unter anderen als Anzeige zur Ektomie folgende Zustände auf: geschrumpfte, narbige Gallenblase, Stenosen am Cysticus, Zerfetzung der Gallenblase während der Extraktion von Steinen, akute Cholecystitis.

Stanmore Bishop hält ebenfalls die Ektomie nicht für die allein berechtigte Operation bei Gallenblasenleiden. Bei Gangrän, Karzinom, undurchdängigem Cysticus, Empyem oder Hydrops ist sie am Platze, bei einfacher Cholelithiasis aber nicht.

Malcolm wünscht besonders deshalb die Erhaltung der gesunden Gallenblase, weil ihr Vorhandensein in später eintretenden Krankheitsfällen von großer Bedeutung sein kann.

Ward Cousins richtet sich je nach dem Befund und wendet sich gegen die ausschließliche Empfehlung der Ektomie.

Cameron meint, daß schon vor 20 Jahren Lawson Tait mit großem Eifer in der gleichen Weise wie jetzt B.-S. die Ektomie als die leichtere, sicherere und darum empfehenswertere Methode hingestellt habe. Die Erfahrungen der späteren Chirurgie haben aber seinen Standpunkt als irrtümlich erwiesen.

Newbolt: Die Cholecystostomie heilt fast alle Fälle von chronischer Cholelithiasis; läßt sie im Stiche, so ist die Ektomie am Platze.

Rodman: Der Ektomie gehört ein breiteres Wirkungsfeld als jetzt, aber die Cholecystostomie genügt für sehr viele Fälle.

Sinclair White: In der Mehrzahl der Fälle ist die Ektomie unnötig.

Weber (Dresden).

I.

Beitrag zur Frage der Sensibilität der Abdominalorgane.

Von

Dr. Emil Haim,

Chirurg und Frauenarzt in Budweis.

Bekanntlich hat Lennander durch seine zahlreichen Untersuchungen, deren Ergebnisse er in mehreren Arbeiten niedergelegt hat[1], gezeigt, daß die Organe der Bauchhöhle keinen der bekannten vier Gefühlssinne, weder Schmerz- noch Druck-, Wärme- oder Kältesinn haben, und daß ihre Erkrankungen erst dann schmerzhaft werden, wenn das Peritoneum parietale dabei gereizt werde.

Nun haben Kast und Meltzer das Problem der Sensibilität der Bauchorgane in einer Reihe von Experimenten an Katzen und Hunden im Rockefeller Institut for Medical Research in Angriff genommen und sind dabei zu Resultaten gekommen, welche sie in einer Aufsehen erregenden Arbeit[2] veröffentlichten. Sie stellen folgende Thesen auf: »Die derzeit herrschende Anschauung, gegründet auf exakte chirurgische Beobachtungen, ist die, daß die Baucheingeweide sowohl im normalen als auch entzündeten Zustande keiner Schmerzempfindung fähig sind. Wir haben am Tierexperiment gefunden, daß die Empfindlichkeit für Schmerzeindrücke vorhanden ist in normalen Organen, und daß dieselbe beträchtlich erhöht ist in entzündeten Organen. Wir haben weiter gefunden, daß eine subkutane oder intramuskuläre Injektion einer relativ kleinen Dose von Kokain imstande ist, diese Empfindlichkeit in normalen wie in entzündeten Eingeweiden vollständig aufzuheben. Wir gelangen deshalb zur Annahme, daß die Anästhesie der inneren Bauchorgane, wie sie von den Chirurgen festgestellt wurde, in dem Gebrauche von Kokain ihre Erklärung findet.«

Die Autoren heben auch an anderer Stelle hervor: Ohne den geringsten Zweifel an der Richtigkeit der Tatsachen zu hegen, daß nämlich bei Operationen unter Schleich's Anästhesie die Baucheingeweide völlig unempfindlich werden, nehmen wir an, daß diese Unempfindlichkeit ihren Grund wesentlich in der allgemeinen Wirkung des injizierten Kokains hat und nicht in dem Mangel an Empfindungsfähigkeit dieser Organe.

Die hier aufgestellten Behauptungen sind von einer so großen Bedeutung, daß sie nicht unwidersprochen bleiben dürfen. Ohne den geringsten Zweifel an der Richtigkeit der Tierexperimente zu hegen, behaupte ich, daß diese Verhältnisse für den Menschen nicht zutreffen. Wie ich mich selbst schon früher gelegentlich zahlreicher Operationen am Magen-Darmkanal überzeugt hatte, haben die Abdominalorgane des Menschen wirklich keinen der vier obenerwähnten »Gefühlssinne«. Die Operationen wurden auf die Weise ausgeführt, daß die Pat. nur zur Eröffnung des Bauches leicht narkotisiert wurden, und daß dann die Narkose vollständig ausgesetzt und die Operation am Magen-Darmkanal ganz ohne Narkose, während man sich mit dem Pat. unterhielt, ausgeführt wurde. Nur zur Reposition der Eingeweide und zur Bauchnaht wurde wieder narkotisiert. In den meisten Fällen wurde freilich

---

[1] Insbesondere Lennander, Leibschmerzen, ein Versuch, einige von ihnen zu erklären. Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. XVI. Hft. 1.

[2] Kast und Meltzer, Die Sensibilität der Abdominalorgane und die Beeinflussung derselben durch Kokain. Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 19.

vorher eine Morphiuminjektion gegeben; auch hatte ich damals keinen Grund, auf die Sensibilitätsverhältnisse der Abdominalorgane besonders zu achten.

Nach Erscheinen des obenerwähnten Artikels wartete ich auf einen geeigneten Fall, um diese Verhältnisse klarzustellen.

Ich hatte nun vor kurzer Zeit Gelegenheit, bei einer intelligenten 44jährigen Pat. wegen Carcinoma pylori, das nicht mehr exstirpierbar war, eine Gastroenterostomia retrocolica posterior (nach v. Hacker) anzulegen.

Die Pat. erhielt nur einige Tropfen von Billroth-Mischung behufs schmerzloser Durchtrennung der dünnen, atrophischen Bauchdecken und Vorlagerung des Magens und der Dünndarmschlinge; sie war hierauf vollständig bei Bewußtsein und beantwortete klar alle an sie gestellten Fragen.

Es zeigte sich nun, daß sowohl der Magen als auch der Darm, sowie die Gallenblase, die Leberoberfläche für die obenerwähnten Gefühlsqualitäten völlig unempfindlich waren; man konnte insbesondere den Magen und den Darm kneipen, mit der Pinzette quetschen, mit warmer oder kalter steriler Kochsalzlösung übergießen, ohne daß die Pat. eine Schmerzäußerung von sich gab. Der geringste Zug jedoch am Magen oder Darm, sowie die Berührung des Peritoneum parietale wurden von lebhaften Schmerzäußerungen begleitet.

Die minimale Menge des Narkosegemisches konnte hier keinesfalls irgendeinen Einfluß auf die Empfindlichkeit der Organe ausgeübt haben.

Das Narkosegemisch, welches nur sehr kurze Zeit angewendet wurde, wirkt doch auf das Großhirn, und da wäre es irrationell, anzunehmen, daß es gerade auf die Bauchorgane eine so nachhaltige Wirkung ausgeübt haben sollte, während der ganze übrige Körper davon unbeeinflußt blieb.

Es folgt also daraus, daß die von Lennander gefundenen Verhältnisse zu Recht bestehen, daß die Abdominalorgane unempfindlich sind, und daß die Annahme von Kast und Meltzer, wonach die Unempfindlichkeit der Baucheingeweide ihren Grund wesentlich in der allgemeinen Wirkung des injizierten Kokains hat, eine irrige ist.

Die Abdominalorgane des Menschen sind gegen mechanische und thermische Reize unempfindlich und haben keine Schmerzempfindung.

II.

Aus der chirurgischen Heilanstalt Prof. Leser in Halle a. S.

Pseudoappendicitis hysterica.

Von

Dr. A. v. Rothe,

I. Assistenzarzt.

Veranlassung zu diesen Zeilen gibt mir der Artikel Kausch's: »Beiträge zur Hysterie in der Chirurgie« (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVII Hft. 3 u. 4), indem Kausch bei sehr sorgfältiger Sichtung der Literatur nur 11 Fälle von Pseudoappendicitis hysterica fand, die durch nachfolgende Operation resp. Autopsie einwandfrei als solche bewiesen sind. Es sind dies vier Fälle von Dubois, zwei von Sander, je einer von Binswanger, Perier, Robry, Schwarz, Kausch. Zu diesen möchte ich zunächst einen neuen hinzufügen.

Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

Am 11. April 1907 erkrankt das Dienstmädchen Emma L., 22 Jahre alt, das früher stets gesund gewesen sein will, an »Magendrücken« und Schmerzen in der Nabelgegend. Am 19. April erfolgt Erbrechen teils frisch genossener Speisen, teils gallig. Die Schmerzen werden in den nächsten Tagen allmählich stärker und konzentrieren sich in die Ileocoecalgegend, mehrmals täglich Erbrechen. Als ich die

Pat. am 22. April zum erstenmal untersuchte, stellte ich folgenden Befund fest: Pat. liegt mit angezogenen Beinen im Bett, Zunge trocken, Atmung oberflächlich, nicht abnorm frequent. Abdomen wenig aufgetrieben, rechter Rectus sehr stark gespannt, in der Ileocoecalgegend so starke Druckempfindlichkeit, daß Pat. bei der schonendsten Berührung aufstöhnt. Ein Tumor ist wegen der starken Rectusspannung nicht zu fühlen. Stärkere Palpation vermied ich, um nicht event. Verwachsungen zu zerreißen. Temperatur 38,2 in der Achselhöhle, Puls 96. Gallenblase sowie die Adnexe normal. Die Diagnose lautete: Appendicitis acuta mit beginnender zirkumskripter Peritonitis.

Aufnahme in die Klinik. Pat., die die Schwester irrtümlicherweise ein paar Schritte gehen läßt, tut dies mit sichtbarer Anstrengung, vornübergekrümmtem Oberkörper, beide Hände an die Ileocoecalgegend haltend. 23. April Operation. Schon nach dem Auflegen der Maske (noch ohne Chloroform) erfolgte ein typischer hysterischer Krampfanfall, der mich jedoch von der Laparotomie nicht abhielt, da ich eine echte zirkumskripte Peritonitis nicht ausschließen zu können glaubte. Es finden sich nirgends Verwachsungen, der exstirpierte Wurmfortsatz weist weder die geringsten Zeichen akuter Entzündung noch Kotsteine oder alte Narben auf. Naht der Bauchdecken. Reaktionslose Heilung, während deren Verlauf die Temperatur nie 37,6 übersteigt.

Am 3. Tage nach der Operation klagt Pat. über Magenschmerz, der aber nicht wieder auftritt, als ihr gesagt wird, auch aus dem Magen sei das Kranke entfernt, ein Schmerz daselbst sei ganz unmöglich. Nunmehr werden auch andere hysterische Symptome (Ovarie usw.) bei ihr festgestellt. Bemerkenswert ist, daß Pat. bis jetzt nie mehr Beschwerden seitens des Magen-Darmkanales gehabt haben will, nur hin und wieder Stechen in der Narbe.

Es handelte sich also um eine Pseudoappendicitis hysterica, die man wohl mit voller Berechtigung den 11 von Kausch zusammengestellten Fällen beigesellen kann, die wir nach Dubois als Pseudoappendicitis hysterica mit zirkumskriptem Peritonismus zu bezeichnen hätten. Ebenso halte ich die Temperatursteigerung auf 38,2 bei einem Puls von 96 für »hysterisches Fieber«.

Wenn auch eine von Kausch (Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1907, 3. Suppl.-Bd. »Das hysterische Fieber«) als Beweis für den hysterischen Charakter des Fiebers aufgestellte Forderung: Gleichzeitige Messung in After und Achselhöhle hier nicht erfüllt ist, so glaube ich doch jede künstliche oder akzidentelle Ursache für das Fieber mit Bestimmtheit ausschließen zu können. Die Messung nahm ich selbst vor und hielt während 10 Minuten den Arm der Pat. Eine Angina oder sonstige organische Erkrankung war nicht nachweisbar. Es handelt sich also hier zweifellos um einen jener Fälle, bei denen die Hysterie eine organische Erkrankung derart vortäuscht, daß eine Unterscheidung unmöglich erscheint.

Und doch haben wir in jüngster Zeit durch einen von Rovsing-Kopenhagen (Zentralblatt für Chirurgie 1907 Nr. 43) angegebenen Handgriff ein Mittel, das mir berufen erscheint, uns die Differentialdiagnose zwischen echter und hysterischer Appendicitis ganz wesentlich zu erleichtern, wenn nicht zu sichern. Leider erhielt ich erst nach Heilung meines Falles Kenntnis davon. Rovsing gibt zur Differentialdiagnose der Perityphlitis von Salpingitis usw. etwa folgenden Handgriff an. Man drückt mit der flach auf das rechte Hypogastrium aufgelegten linken Hand das Colon descendens zusammen und sucht dadurch, daß man rechte und linke Hand abwechselnd, immer der Flexur sich nähernd, aufdrückt, die Darmgase gegen das Coecum zu drängen. Es tritt dann bei echter akuter Appendicitis durch den Druck der Gase auf die entzündete Schleimhaut des Prozessus ein typischer Schmerz in der Ileocoecalgegend, etwa McBurney's Punkt entsprechend, auf, der bei den differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen fehlt; der Handgriff hat mich, seit ich ihn ausübe, noch nie im Stich gelassen.

Ich habe nun die Überzeugung, daß derselbe gerade zur Differentialdiagnose der hysterischen Appendicitis — die Rovsing allerdings nicht erwähnt — von unschätzbarem Werte ist; ich habe an einem späteren Falle, der stark auf

Appendicitis hysterica verdächtig war, gefunden, daß der typische Schmerz in der Ileocoecalgegend bei Druck auf das Colon descendens nicht eintrat. Natürlich darf man den Pat. nicht vorher darauf aufmerksam machen, daß bei Druck auf die linke Seite des Abdomens auch rechts ein Schmerz entstehen kann, da ja doch jeder Hysterische alles aufgreift, um seine Erkrankung möglichst schwer hinzustellen. Jedenfalls möchte ich den Herren Kollegen raten, den oben geschilderten Druck auf das Colon descendens gerade bei Appendicitiden hysterischer Kranker einer weiteren Nachprüfung zu unterziehen.

---

24) J. F. Schamberg (Philadelphia). Multiple Karzinombildung, Hyperkeratose und Ulzerationen der Haut nach übermäßig langem Arsengebrauch.

(Journ. of cutan. diseas. 1907. Januar.)

Verf. berichtet über einen Pat., der wegen Psoriasis 25 Jahre hindurch Sol. Fowleri, und zwar zeitweise mehrere Monate hindurch täglich 30 Tropfen genommen hatte. Außer einer Fissur auf hyperkeratotischer Basis, die später wegen karzinomatöser Entartung zur Ablatio zwang, bekam er am rechten Unterschenkel eine etwa haselnußgroße Effloreszenz, deren mikroskopisches Bild massige Proliferation und Durchbruch von Epithelzellen in das Corium zeigte.

S. ist mit Hutchinson der Ansicht, daß dieser karzinomatöse Ausgang eine direkte Folge des Arsengebrauches ist; gleiche Berichte liegen vor von Hartzell, Hyele, White und Braque, welcher aufeinander folgend Melanoderma, Hyperkeratose und Karzinomatose sah. Hyperkeratose sei nicht immer vorangehend.

In einem zweiten Falle beobachtete S. ($4^1/_2$ Jahre hindurch 3mal täglich 5 Tropfen Sol. Fowleri wegen Psoriasis) tiefe Ulzerationen an den Unterschenkeln. JK und Hg brachten neue Ausbrüche hervor. Nach seiner Ansicht können Ulzerationen und selbst gangränöse Veränderungen durch längeren Arsengebrauch entstehen; Septumperforationen sind sogar darauf zurückgeführt worden (?!). Bazin, Moreira, Gourbeyre beschrieben ähnliche Fälle.

In der Diskussion sind Stellwagon und Gilchrist der Ansicht, daß das Epitheliom nach Arsen nur akzidentell sei und keine direkte Folge derselben; Montgomery und Hartzell pflichten dagegen S. bei; letzterer erinnert an das häufige Vorkommen von Karzinom bei Arbeiten in Arsenikwerken Preußens. Dagegen fragt Winfield mit Recht, ob denn bei den Arsenikessern im Kaukasus das Epitheliom häufig sei?

S. bleibt dabei, daß das Epitheliom eine direkte Folge des Arsengebrauches sei und die Hyperkeratose nur ein Vorstadium des Karzinoms.

Grosser (Breslau).

25) W. F. Robertson. Note on the presence and significance of certain rod-shaped bodies in the cells of carcinomatous tumors.

(Lancet 1908. Januar 25.)

Verf. vermochte seine früher mit H. Wade gezeitigten Befunde (cf. Lancet 1907 August 10) neuerdings durch die Anwendung einer anderen Färbetechnik zu bestärken und zu erweitern. Er färbt jetzt die Schnitte mit Palladium-Methylviolett, einer Färbung, die er früher im wesentlichen für Nervengewebe anwandte. Er untersuchte 36 verschiedene Geschwülste und fand bestimmte stäbchenförmige Körperchen in einzelnen Karzinomarten regelmäßig vor. Die Stäbchen waren ca. 3 μ lang und 0,3 μ dick, sie lagen in der Regel intrazellulär bezw. intranukleär. Da die Methode auch elastische Fasern färbt, so konnten extrazelluläre Gebilde nicht mit Sicherheit von solchen unterschieden werden.

Verf. fand die Gebilde in allen 10 Mammakarzinomen, in allen 10 squamösen Epitheliomen, in den beiden untersuchten malignen Adenomen des S romanum, in einer Krebsmetastase der Leber, in einem Prostatakrebs, in einer Dura mater-

Krebsmetastase und in einer Geschwulst der Chorioidea. Sie fehlten in 5 Adenomen der Brust, einem Adenom und einem Myom des Uterus, einem Papillom, einem Gliom des Gehirns, einem Spindelzellensarkom, desgleichen in normalem squamösen Gewebe, in normaler Brustdrüse, bei chronischer Mastitis und im Gehirngewebe.

Die Körperchen, die in 2 Mikrophotographien abgebildet sind, fanden sich bis zu mehr als 100(!) in einem Gesichtsfeld der Ölimmersion. Nicht sichtbar waren die Körperchen in Kontrollpräparaten gefärbt nach Gram, Ziehl-Nelson, mit Karbol-Thionin und mit Methylenblau. Mit den letzten beiden Methoden waren die größeren Formen als schwach gefärbte Körperchen sichtbar zu machen.

In einem Anhang ist die Färbetechnik für Interessenten zur Nachprüfung eingehend beschrieben. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

26) **E. de Massary et P. Weil.** Carcinose généralisée; cancer des doigts simulant des troubles trophiques.

(Gaz. des hôpitaux 1907. Nr. 144.)

M. und W. berichteten in der Soc. méd. des hôpitaux folgendes:

Pat. wurde als Phthisiker behandelt. Man nahm an, von der Affektion beider Spitzen sei eine akute Miliartuberkulose ausgegangen. Dreimalige Calmette'sche Reaktion fiel positiv aus. Unter den Fingernägeln hatten sich zunächst Ekchymosen gebildet, es war Kapillarpuls zu sehen. Dann bildeten sich richtige Trommelschlägelfinger aus, und schließlich entstand an einem Finger eine höckrige Geschwulst.

Tatsächlich litt der Kranke an von einer Niere ausgehender allgemeiner Karzinose ohne eine nachweisbare Spur von Tuberkulose. Die Veränderungen der Finger waren hervorgerufen durch Metastasen. **V. E. Mertens** (Kiel).

27) **A. Lindemann.** Ein Beitrag zum Carcinoma sarcomatodes.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 419.)

Fall eines Carcinoma sarcomatodes des Magens bei einem 46jährigen Maurer, der die ersten Symptome 10 Monate vor dem Tode merkte. Die Geschwulst brach durch die Bauchwand durch und führte zu Metastasen in Leber, Milz, Lunge, Gekrös- und Halslymphdrüsen. Das makroskopische Aussehen der Magengeschwulst sprach mehr für Karzinom, daß der Drüsenmetastasen mehr für Sarkom. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Parenchym aus großen polymorphen Zellen mit Rundzellenstroma. Da Magen- und Metastasengeschwulst dieselbe Struktur hatten, so glaubt Verf., daß es sich um gleichzeitig beginnende atypische Epithel- und sarkomatöse Bindegewebswucherung handelt.

Ein zweiter Fall betraf eine 64jährige Frau mit Carcinoma sarcomatodes cervicis und retroperitonealen und mesenterialen Metastasen.

Goebel (Breslau).

28) **Rubesch.** Über einen Fall von Knochenbildung (Myositis ossificans traumatica) in den Bauchdecken.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

Das Narbenbindegewebe einer operierten Hernia epigastrica war der seltene Sitz einer echten Knochenbildung. Das Operationstrauma, ein kleiner postoperativer Bluterguß und versenkte Seidenfäden bildeten vielleicht die äußere Veranlassung dazu bei dem sonst gesunden 43jährigen Manne, können aber allein ohne die Voraussetzung einer gewissen Disposition die Knochenbildung in der im übrigen reaktionslos vernarbten Operationswunde nicht bewirkt haben.

Gutzeit (Neidenburg).

29) **M. v. Čačković.** Beiträge zur Kasuistik von Brust- und Bauchverletzungen.

(Liečnički viestnik 1906. Nr. 10. [Kroatisch.])

1) Ein Fall von geheilter Schußverletzung des Darmes.

Das 7jährige Bauernmädchen erhielt aus ganz geringer Entfernung einen

Schrotschuß in den Bauch. Pat. konnte zu Fuß nach Hause gehen. Nach ca. $4^1/_2$ Stunden Erbrechen.

$8^1/_2$ Stunden nach der Verletzung Laparotomie (Dr. Wikerhauser). Das Bauchfell injiziert, Auflagerungen von Fibrin. Im Darm viel Inhalt. Zwischen den Darmschlingen an mehreren Stellen merkliche Mengen von Nahrung (Maisbrei). Im Jejunum vier hanfkorngroße Löcher, die vernäht wurden. Auswischen der Bauchhöhle. Drainage in die rechte Seite und gegen die Ileocoecalgegend. Nach anfänglich schwerem Verlauf tritt Heilung ein.

2) Eine Schußverletzung mit einer ungewöhnlichen Ladung.

Einem 11jährigen Knaben entlud sich eine Reiterpistole, mit der er spielte, in die rechte Brustseite im 5. Interkostalraum etwas innerhalb der Mammillarlinie; die Pistole soll mit einem Holzstück geladen gewesen sein. Hämopneumothorax, später Pyothorax mit Perforation in die Bronchien. Erst nach drei Wochen wird der septische Kranke ins Krankenhaus gebracht.

Resektion der 5. und 6. Rippe. Man findet eine vordere 2 cm breite und 4 cm tiefe Höhle, die sich nach rückwärts trichterartig verengt. Dieser Trichter läßt sich stumpf erweitern, und man kommt in eine hintere größere Höhle, aus der man mit einer Kornzange ein 11 cm langes walzenförmiges Holzstück von 2 cm Durchmesser und noch ein zweites 3 cm langes und 1 cm breites Holzstück entfernt. Drainage mit Jodoformgaze. Langsame Heilung unter starker Eiterung.

Das massige Projektil hatte die 6. Rippe zerschmettert, in der vorderen Bucht der Pleura den Lungenrand, dann die obere Fläche der Leber verletzt und war in der hinteren Thoraxwandung stecken geblieben.

3) Ein Fall von Verletzung des Bauches durch Pfählung.

Der 11jährige Knabe fiel aus einer Höhe von drei bis vier Metern auf einen Zaunpfahl. Er rief um Hilfe, »obwohl ihm nichts geschehen sei«. Erst als er vom Zaun abgenommen wurde bemerkte man, daß ihm Darm vorfalle. Laparotomie zwei Stunden nach der Verletzung. Keine Darmverletzung. Einführung eines Jodoformgazestreifens. Naht der Wunde. Nach 2tägiger Peritonealreizung glatte Heilung. (Selbstbericht.)

30) **Dubujadoux.** Contusion de l'abdomen. Hémorragie par lésion de vaisseaux epiploiques sans déchirure apparente de l' épiploon.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1907. November.)

Nach einem Schlag vor den Bauch entwickelten sich bei einem Soldaten alle Anzeichen einer Peritonitis (aufgetriebener, gespannter Leib, schneller, schwacher Puls, verfallenes Aussehen). Bei der Laparotomie fand man den Leib voller Blut, konnte aber trotz sorgfältigen Nachsuchens weder an den Därmen noch am Mesenterium, Netz usw. einen Riß finden. Im Netz saß ein dicker Blutklumpen fest, der scheinbar von einem zerrissenen Gefäße des Netzes herrührte. Nach Schluß der Bauchhölenwunde trat ein verhältnismäßig schneller und günstiger Heilungsverlauf ein. **Herhold** (Brandenburg).

31) **V. Pauchet.** Deux cas de contusion grave de l'épigastre.

(Arch. prov. de chir. 1907. Nr. 3.)

1. Fall. Ein 35jähriger Mann stürzte etwa 1 m hoch vom Pferde mit dem Leib auf einen im Boden stehenden Holzpflock. Zunächst machte die Verletzung keinen schweren Eindruck, 24 Stunden später wies jedoch alles auf eine schwere intraabdominelle Verletzung hin. Die Laparotomie zeigte den Mechanismus der Verletzung. Der Pfahl hatte den Leib links vom Nabel getroffen und hatte auf der Wirbelsäule als harter Unterlage einen Hauptast der Meseraica derart gequetscht, daß es zur Thrombose des dem oberen Viertel des Jejunum zugehörenden Mesenteriums gekommen war. Nekrose des zugehörenden Darmabschnittes, Austritt von Darminhalt und schwere Infektion des weit von Peritoneum entblößten retroperitonealen Bindegewebes. Eine Peritonitis bestand nicht. Bei dem desolaten Allgemeinzustande wurde von jedem Eingriff abgesehen und der Leib geschlossen. Tod nach kurzer Zeit.

2. Fall. Ein 18jähriger Mensch erhielt einen Hufschlag gegen den Leib, er wurde, da nach zweimaligem Erbrechen sich der Zustand nicht verschlimmerte, exspektativ behandelt. In der Folgezeit beherrschten das Krankheitsbild eine gewisse Anämie, Auftreibung der Gegend oberhalb des Nabels und eine sehr ausgesprochene Empfindlichkeit des Magens, der auf jede Nahrungszufuhr mit heftigen Schmerzen reagierte. Einen Monat nach der Verletzung traten ohne jede Veranlassung Erbrechen, Meteorismus, erhöhte Pulsfrequenz, Fieber ein, die nach Bettruhe zurückgingen. Die Untersuchung vor der Operation ließ die Diagnose auf eine große retrogastrische Flüßigkeitsansammlung stellen. Schrägschnitt am linken Rippenrand. Nach Vorlagern des Magens nach rechts wird durch das stark infiltrierte Ligamentum gastrocolicum eine 5—6 l einer blutigen Flüssigkeit fassende Höhle eröffnet. Außer Blutbestandteilen ließen sich spezifische Stoffe — Pankreasfermente, Magensaft — nicht nachweisen. Drainage der Höhle. Heilung.

Müller (Dresden).

32) **F. M. Caird.** Twenty-five consecutive cases of operation for perforated gastric and duodenal ulcers.

(Scottish medical and surgical journal 1906. September.)

Unter 25 Fällen C.'s von perforiertem Magen- und Duodenalgeschwür zeigten 18 Erbrechen.

In 7 Fällen ausgeführte Blutkörperchenzählungen ergaben eine Leukocytose von 7000—25000.

C. empfiehlt nur die Naht der Perforationsstelle, nicht Exzision des Geschwüres. Gleichzeitige Anlegung einer Gastroenteroanastomose befürwortet er, desgleichen Ausspülung und Drainage des Douglas.

18 Perforationen saßen auf der vorderen Magenwand, 3 im Duodenum. Von dem Peritonealinhalt waren in 11 Fällen Kulturen angelegt worden, in 7 Fällen konnten Mikroorganismen nachgewiesen werden. Häufig fanden sich Colibazillen.

Von den 10 Männern starben 4, von 15 Frauen 5. In 2 Fällen stellte sich in der Rekonvaleszens Empyem ein; die beiden Kranken genasen nach Rippenresektion.

E. Moser (Zittau).

33) **H. French.** The subsequent histories of patients who have recovered after operation for perforated gastric or duodenal ulcer.

(Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Bei allen 30 Kranken wurde das Geschwür übernäht oder exzidiert, keine Gastroenterostomie gemacht. Über 18 konnten Nachforschungen angestellt werden; davon waren 15 beschwerdefrei. Zwei Kranke wurden ohne Erfolg wegen Verwachsungsbeschwerden relaparotomiert, ein anderer, wegen Ileus relaparotomiert, starb an Pneumonie.

Deetz (Homburg v. d. H.).

34) **Groves.** Case of primary pneumococcal peritonitis.

(Intercolonial med. journ. 1907. Dezember 20.)

Fall von primärer Pneumokokkenperitonitis bei einem 6jährigen Mädchen, ohne vorhergehende Lungenerscheinungen. Das Symptomenbild entsprach einer vom Wurmfortsatz ausgehenden allgemeinen Peritonitis. Jedoch ergab die Operation, daß der Fortsatz gesund war; Därme nur leicht injiziert, trübes Serum überall im Bauche, nirgends Verwachsungen; in der entfernten Flüssigkeit nur pneumokokkenähnliche Mikroorganismen. Drainage. Tod nach 3 Tagen.

Mohr (Bielefeld).

35) **v. Haberer.** Appendicitis chronica adhaesiva.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Für die von Ewald als Appendicitis larvata, von Klemm sehr treffend als »chronische, anfallsfreie Appendicitis« bezeichnete Form gibt v. H. sieben Beispiele unter dem Namen Appendicitis chronica adhaesiva.

Charakteristisch für dieselbe ist, daß die Pat. nie Anfälle gehabt haben, die an Appendicitis denken ließen. Die Kranken, meist im Alter zwischen 45 und 62 Jahren, litten an sehr hartnäckiger Verstopfung, beträchtlicher Abmagerung und Schmerzen dumpfen Charakters, bis zu Koliken sich steigernd. Der Untersuchungsbefund ist meist negativ, besonders findet sich am McBurney'schen Punkt keine Druckempfindlichkeit. Die Diagnose lautete meist auf Verdacht einer bösartigen Neubildung. Die deshalb ausgeführte Laparotomie aber ergab keine solche, vielmehr Verwachsung der Därme in verschiedenen Gegenden, am stärksten aber in der Coecalgegend, und da der Wurmfortsatz stets chronisch entzündliche Veränderungen, wie Narben, Knickungen oder abnorme Wandverdickung zeigte, so war die Ursache des ganzen Krankheitsbildes in dieser chronischen Appendicitis zu erblicken. Exstirpation des Wurmes und Lösung der Verwachsungen brachte in der Regel Heilung.

Haeckel (Stettin).

36) Cosentino. Contributo allo studio degli ascessi subfrenici post-appendicitici.

(Policlinico, Sez. chir. 1907. Nr. 6—9.)

C. verbreitet sich ausführlich über die verschiedenen Wege, auf welchen eine Appendicitis zu subphrenischem Abszeß führen kann. Den bisher beschriebenen fügt er einen weiteren hinzu, von der Fossa iliaca ins properitoneale Gewebe der Bauchwand und in demselben weiter unter den Peritonealüberzug des Zwerchfells. Ein Abszeß vor und unterhalb der Leber setzte sich in einem von C. beobachteten Fall in der beschriebenen Weise über die Leber hinauf fort.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

37) K. Schulze. Über intraperitoneale Sauerstoffinfusionen bei Ascites tuberculosus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Adolf Schmidt hat die Infusionen von reinem Sauerstoff bei tuberkulöser Peritonitis angegeben; S. berichtet über die Erfolge in der Schmidt'schen Abteilung des Dresdener Krankenhauses. Das Verfahren wurde so geübt, daß der Ascites abgelassen und durch die liegenbleibende Kanüle sofort 500—1800 ccm, im Durchschnitt 1500 ccm Sauerstoff infundiert wurden; ein besonderer Apparat dafür wird abgebildet.

Alle zur Beobachtung kommenden sieben Fälle wurden unterschiedslos dieser Behandlung unterworfen. Das Resultat ist außerordentlich günstig. Alle Pat. waren bei der Nachuntersuchung nach $1^1/_2$—2 Jahren arbeitsfähig und frei von Ascites; bald nach der Infusion begann die Resorption des Ascites; nur einmal war eine zweite Einblasung nötig. Spätere Rezidive sind möglich, wurden aber nur einmal beobachtet; in diesem Falle wurde der Ascites noch zweimal punktiert, $1^1/_2$ Jahre nach der Punktion war nach schriftlicher Mitteilung das Befinden im allgemeinen gut.

Die Infusionen werden gut ertragen; in etwa der Hälfte der Fälle traten leichte Reizerscheinungen auf, die sich in Schmerzen, Erbrechen, event. Durchfällen äußern. Zur Erklärung der Wirkung muß man wohl annehmen, daß der Sauerstoff einen Reiz auf das Bauchfell ausübt, ob durch Hyperämie des Bauchfells oder durch chemische Beeinflussung des Exsudates resp. der Bazillen, muß dahingestellt bleiben.

Haeckel (Stettin).

38) Serafini. Ernia da smogliatura, intraparietale della regione periinguinale.

(Giorn. di R. accad. di med. di Torino 1907. Nr. 9—11.)

Die Hernie trat bei einem jungen Mann als centesimegroße, flache Anschwellung der rechten Leistengegend zutage, war nicht reponibel, eine Bruchpforte war direkt über dem Lig. Pouparti zunächst dem inneren Leistenringe zu fühlen. Sie hatte keine Beziehung zum Leistenkanale, sondern trat 3 cm nach außen vom inneren Ring durch eine Muskellücke zwischen Obliquus internus und externus.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

39) **Vésard.** Étranglement de l'appendice chez une femme au niveau de l'orifice crural droit.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1907. Nr. 2.)

Den wesentlichen Inhalt besagt der Titel. Der Wurmfortsatz war nicht entzündet, er trug einen Inkarzerationsring, zu dessen beiden Seiten sich das Organ auch histologisch unverändert erwies. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

40) **Chichester.** Strangulation of a hernia by a suppurating appendix.

(Brit. med. journal 1907 Dezember 7.)

Ein 14jähriger Knabe machte einige Jahre vor seiner jetzigen Erkrankung eine Radikaloperation eines Leistenbruches durch. Man fand damals Blinddarm und Wurmfortsatz als Inhalt, ließ aber letzteren darin. Bei der jetzt wegen Einklemmung seines rückfälligen Leistenbruches vorgenommenen Herniotomie fand man den Wurmfortsatz gangränös und entleerte bei Spaltung des einklemmenden Ringes einen jauchigen Abszeß. Die Appendicitis war die Ursache der Einklemmung gewesen. **Weber** (Dresden).

41) **W. Kopfstein.** Eine seltene Hernie (isolierte Brucheinklemmung von Appendices epiploicae).

(Wiener klin. Rundschau 1907. Nr. 48.)

In einem inguinalen Bruchsacke waren zwei Appendices eingeklemmt und machten die Erscheinungen eines eingeklemmten Netzbruches; Erbrechen und Meteorismus fehlten. Solche Einklemmungen sind bisher nicht oft beschrieben; sie traten stets links auf. Die Literatur wird besprochen. **Schmieden** (Berlin).

42) **L. Lapeyre.** Sur l'omentovolvulus ou torsion du grand epiploon.

(Arch. prov. de chir. 1907. Nr. 5.)

L. hat zwei Fälle von Torsion des großen Netzes beobachtet und operiert. Der eine Fall betraf einen Mann mit einem rechtsseitigen Leistenbruche, dessen Inhalt ein blauschwarz verfärbtes Netzstück war. Ein Schnürring ließ sich nicht feststellen. Die blauschwarze Verfärbung des Netzes reichte noch ein Stück in den freien Bauch und fand ihr Ende an einer daumendicken Stelle, wo das Netz sich dreimal um sich selbst gedreht hatte. Resektion. Heilung. Der zweite Fall bot den Typus der unter dem Bilde der Appendicitis verlaufenden Fälle von Netztorsion. Es wurde in der Annahme, es handle sich um eine Appendicitis, operiert und eine Torsion des ganzen Netzes gefunden. Das Netz wurde an der Drehstelle dicht unter dem Colon transversum abgetragen, doch erlag Pat. der bereits bestehenden Peritonitis. **Müller** (Dresden).

43) **Shaw and Baldauf.** Congenital stenosis of the duodenum. Report of case.

(Albany med. annals 1908. Januar.)

Fall von angeborener Stenose des Duodenum beim Neugeborenen. Das Kind erbrach von Geburt an nach den Mahlzeiten unter steter Beimengung von Galle, die sich auch in den spärlichen Stuhlentleerungen fand. Es wurde eine spastische Stenose angenommen und die Operation aufgeschoben. Der Zustand wurde jedoch rasch schlechter, und es erfolgte der Tod 13 Tage nach der Geburt. Die Obduktion ergab unterhalb des Pylorus eine starke Erweiterung des ganzen Duodenum, welches Form und Umfang des Magens angenommen hatte, und 5 cm unterhalb der Vater'schen Papille eine Striktur, welche selbst für feinste Sonden nicht durchgängig war, durch welche jedoch Darminhalt sich durchpressen ließ.

Mohr (Bielefeld).

44) [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] and later results of [illegible] for [illegible] lesions of the stomach or [illegible].

([illegible] [illegible] [illegible] Bd. LXI.)

[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] 46 [illegible] ausgeführt. [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] 23 [illegible] [illegible] 14 Tagen. 6 Kranke hatten [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]. [illegible] [illegible] [illegible] die Operation nur für kurze Zeit [illegible] [illegible] später wieder [illegible] Beschwerden. Bei 8 Pat. war der [illegible] [illegible]. [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]. Die Sterblichkeit war [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] Londoner Hospitälern gleich hoch, [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] Pat. [illegible].

[illegible] der Operation [illegible] [illegible] [illegible] Murphyknopf, 5mal nichts angegeben. [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] Männer, 16 Frauen. Die meisten im Alter zwischen [illegible] und [illegible] Jahren. [illegible] war 34mal Pylorusstenose, 6mal Duodenalgeschwür, 2 wegen heftiger [illegible] [illegible] [illegible] Ausgange.

[illegible] (Homburg v. d. H.).

45) Gilli. Beiträge zur Frage der Gastroenterostomie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

In der Kocher'schen Klinik wurden von 1902 bis Juli 1905 55 Gastroenterostomien gemacht. Unter 43 bei gutartigen Magenleiden ausgeführten wurde 12mal die Gastroduodenostomie, 29mal die hintere Gastroenterostomie, 1mal die vordere gemacht; die an sich physiologisch beste Methode: die Gastroduodenostomie, wurde mit der Zeit etwas in den Hintergrund gedrängt durch die Anwendung des Murphyknopfes (15mal), der nur für Gastrojejunostomien zu empfehlen ist. 4mal mußte relaparotomiert werden wegen Engigkeit der Anastomose, Sitzenbleiben des Knopfes in einer durch Verwachsungen verengten Darmschlinge, Verwachsungen um die Anastomose oder Stauung im Duodenum durch Druck der Radix jejuni. — Mortalität unter Hinzunahme der früheren Kocher'schen Operationen bei gutartigen Affektionen 3,2%. Die funktionellen Resultate waren sehr gut.

12mal Gastroenterostomie bei Karzinom; meist die hintere mit Naht. Durchschnittliche Lebenszeit nach der Operation 7½ Monate, Mortalität 8,3%.

Haeckel (Stettin).

46) Chandler. Lipoma of the intestine occurring in a child 13 months old and causing symptoms of intestinal obstruction.

(Albany med. annals 1908. Januar.)

13 Monate altes Kind mit zeitweiligen Anfällen von Verstopfung und Auftreibung der linken Seite des Leibes, schließlich vollständiger Ileus. Operation: eine große gestielte Geschwulst, welche die rechte Seite des Leibes einnahm und mit einem 10 cm langen Stiel mit der Flexura sigmoidea gegenüber dem Gekröseansatz verwachsen war, hatte sich so gedreht, daß der Darm zweimal um seine Achse torquiert war. Durchtrennung des Stieles dicht an der Darmwand. Heilung.

Es handelte sich um ein reines Lipom mit zahlreichen Blutungsherden.

Mohr (Bielefeld).

47) M. v. Čačković. Inkarzeration in einem angeborenen Mesenterialspalt.

(Liečnički viestnik 1907. Nr. 5. [Kroatisch.])

Die 30jährige Pat. hat seit ca. 30 Jahren öfters Anfälle krampfartiger Schmerzen in der Nabelgegend; die Schmerzen dauern meist nur 1—2 Stunden, nur einigemal 2—3 Tage. Die Kranke hat wieder seit 2 Tagen einen Anfall in kurzen Zwischenräumen wiederkehrender Schmerzen hauptsächlich in der Nabelgegend. Erbrechen und Verhalten von Stuhl und Winden.

Bei der Laparotomie (Dr. Wikerhauser) wurde die letzte Ileumschlinge in einer Ausdehnung von 1 m in einem Gekröseschlitze eingeklemmt gefunden, aus

dem sie sich leicht lösen läßt; die Inkarzeration hatte am aboralen Schenkel eine 2 mm breite und 1 mm tiefe Gangrän veranlaßt. Da durch Übernähung dieser Stelle der Darm ansehnlich verengt wurde, so wurde das Ileum oral der Verengerung mit dem sehr beweglichen Coecum Seit-zu-Seit vereinigt.

Der Spalt im Mesenterium lag knapp vor der Ileocoecalklappe, war 12 cm lang; die mit glattem Bauchfell überzogenen Ränder berühren sich nach Herausziehung des Darmes, der Spalt wird vernäht. Der Mesenterialspalt wird durch einige Nähte verschlossen. — Heilung. (Selbstbericht.)

48) **P. Alglave.** Occlusion le intestina par un épithélioma annulaire colosigmoïdienne coincidant avec un adénome pédiculé du jejunum et de polyadénomes multiples étendus à tout le gros intestin.

(Bull. et mém. de la soc. anatomique de *Paris* 1907. Nr. 3.)

Bei einer 34jährigen, unter den Erscheinungen des Ileus eingebrachten Frau, die 15 Jahre darmleidend war, fand sich eine karzinomatöse Striktur des Sigma. Das Interesse dieses Falles liegt in einer zottigen Entartung der Schleimhaut des ganzen Dickdarmes, von der Ileocoecalklappe angefangen bis mehrere Zentimeter oberhalb des Afterringes.

Die dicht gestellten Zotten sind histologisch Adenome. Ein solches findet sich auch vereinzelt im Jejunum. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

49) **Carwardine.** Primary sarcoma of the vermiform appendix.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 21.)

Den zwei bis 1906 bekannten primären Sarkomen des Wurmfortsatzes fügt C. einen dritten hinzu. Eine 45jährige Dame erkrankt unter Bildung einer Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend. Die Operation deckt eine 8 cm lange, daumendicke, sehr harte und verwachsene Geschwulst des Wurmes auf, die sich als Lymphsarkom von kleinzelligem Gefüge darstellte. Bereits 9 Monate später war allgemeine Sarkomatose vorhanden. **Weber** (Dresden).

50) **T. Kudo.** Das primäre Karzinom der Appendix.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 402.)

Ausführliche Beschreibung von 8 Karzinomen des Wurmfortsatzes: 6 Carcinomata simpl. bezw. Scirrhus, 1 Adenokarzinom, 1 Gallertkrebs. Nur einmal (Carc. gelatinos.) war unter der Diagnose Geschwulst in der Ileocoecalgegend und Ileus operiert (42jähriger Mann), ein anderer Fall war unter der Diagnose Ileus und bösartige Bauchgeschwulst (62jährige Frau) zugrunde gegangen. Hier fand sich ein Ulcus carcinomat. am Eingange zum Wurmfortsatz und sekundäre Peritonitis carcinomatosa (Scirrhus). Zweimal (8jähriger Knabe und 35jähriger Mann) war der Wurmfortsatz wegen akuter Appendicitis exstirpiert, und fand sich zufällig, einmal in der Mitte, einmal an der Spitze, die erbsen- bzw. linsengroße Geschwulst. Die drei anderen Fälle sind zufällige Sektionsbefunde bei Leuten, die niemals über Beschwerden von seiten des Wurmfortsatzes geklagt hatten.

Aus dem Vergleiche mit anderen Fällen aus der Literatur ergibt sich, daß der Kolloidkrebs hauptsächlich im höheren Alter, dagegen sonst Karzinom des Wurmes auffallend oft in jugendlichem Alter, meistens zwischen 20 und 30, angetroffen wird. 8-, 12-, 13-, 15jährige Pat. sind nachweisbar. Die Geschlechter sind ziemlich gleich befallen, der Sitz der Geschwulst ist meist die Spitze; die Größe selten bedeutend. Einen Durchbruch in die freie Bauchhöhle fand K. nur in 4 Fällen, auch Metastasierung (Lymphdrüsen) nur 4mal. In 25 Fällen lautete die Diagnose auf akute bzw. chronische Appendicitis. Der Verlauf ist sehr chronisch und schleichend, da nach K. die Muskulatur und Serosa ziemlichen Widerstand leisten, mechanische und chemische Reize bei dem freien indifferenten Organ fortfallen, und die Struktur (faserreich, klein abveolär) meist nicht auf besondere Bösartigkeit hinweist.

Die öftere Entzündung des Wurmfortsatzes scheint Verf. eher Folge (durch Sekretstauung) als Ursache der Geschwulstbildung zu sein. Für letztere kann man bei dem meist jugendlichen Alter der Betroffenen eher an verlagerte Keimanlagen denken. **Goebel** (Breslau).

51) **Hansen.** Die Behandlung der akuten Darminvaginationen im Kindesalter.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

An der Hand von 28 Fällen von Invagination, die in den letzten 14 Jahren auf der Abteilung Tscherning's im Kopenhagener Kommunehospital behandelt wurden, kommt H. zu dem Resultate, daß die frühzeitige operative Behandlung unbedingt zu empfehlen sei gegenüber den Gefahren der unblutigen konservativen Behandlungsmethoden; man soll also in allen Fällen sofort zur Laparotomie schreiten. Es handelte sich um 17 ileocoecale, 3 Dickdarm- und 3 Dünndarminvaginationen, einmal um eine Invaginatio ileocolica, dreimal um Invaginatio iliaca-ileocoecalis, endlich einmal um Kombination einer ileocoecalen mit einer aszendierenden Dickdarminvagination.

7 Fälle wurden unblutig, mit Wassereinläufen und »Massage« der Invaginationsgeschwulst in Narkose behandelt: 3 geheilt, 4 gestorben. Die Sektion bei den letzteren zeigte, daß die Invagination weiter bestanden hatte, trotzdem die Geschwulst verschwunden war; sie war eben nur durch die Einläufe so verschoben worden, daß man sie nicht mehr fühlen konnte.

In 11 Fällen wurde nach vergeblichem Versuche der unblutigen Methoden laparotomiert: 7 geheilt, 4 gestorben.

10mal wurde sofort primär laparotomiert: 4 Heilungen, 6 Todesfälle. Die große Mortalität erklärt sich durch die Tatsache, daß alle besonders schweren, verspäteten Fälle sich in dieser Gruppe finden; so z. B. war in 4 derselben der invaginierte Darm brandig; alle Pat., bei denen Darmresektion nötig war, starben.

Zum Schluß wird noch genau beschrieben ein Fall doppelter Invagination: in eine deszendierende Invagination hinein hat sich aszendierend das Kolon eingestülpt. **Haeckel** (Stettin).

52) **Doberauer.** Zur chirurgischen Behandlung schwerer habitueller Obstipation.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 36 u. 37.)

53) **Lippich.** Über den Inhalt eines ausgeschalteten Darmstückes vom Menschen.

(Ibid. Nr. 37.)

Wie D. an der Hand der Literatur nachweist, ist der Ileus durch Kotgeschwulst gar nicht so selten, wie die Lehrbücher darstellen. Der von ihm mitgeteilte Fall ist sowohl wegen des Mechanismus des Darmverschlusses als der mehrfachen chirurgischen Eingriffe bemerkenswert. Die ungemein lange, frei im Bauche bewegliche Flexura sigmoidea war völlig mit Kotmassen erfüllt und kurz vor dem Übergange in den Mastdarm noch durch einen faustgroßen Kotballen verschlossen. Durch sein Gewicht sank der Mastdarmschenkel der Flexur in das kleine Becken hinab, so daß zwischen Flexur und Mastdarm eine spitzwinklige Knickung zustande kam, die sich aber durch Anheben der Flexur sofort ausgleichen ließ und daher nur die Folge der starken Füllung war. Es bestand bereits Peritonitis, die von mehreren, dem Durchbruche nahen Dehnungsgeschwüren am Scheitel der Flexur ausgegangen war. In ihrem Bereiche wurde ein Kunstafter angelegt. In dem zuführenden Schenkel häuften sich aber bald wieder solche Kotmassen an, daß D. sich entschloß, Querkolon und Flexur unterhalb des Kunstafters durch Seitenanastomose zu verbinden, um letzteren schließen zu können. Trotzdem füllte sich die Flexur wieder derart mit Kot, daß das Querkolon jenseits der Anastomose durchtrennt und die Flexur von dem wieder hergestellten künstlichen After aus

ausgeräumt werden mußte. Die zurückbleibende Darmfistel wurde $1^3/_4$ Jahre später definitiv geschlossen; dabei fanden sich in dem ausgeschalteten Darmstück dünne, graugrüne, bandartige Massen, die nach der chemischen Untersuchung von L. aus eingedicktem Darmschleim bestanden. **Gutzeit** (Neidenburg).

54) **E. Matthew and A. Miles.** Observations on the blood changes subsequent to excision of the spleen for traumatic rupture.

(Edinb. med. journ. 1907. Oktober.)

Ein 38jähriger Arbeiter (Potator) erhielt während eines Trinkgelages einen leichten Schlag mit der Rückseite der ausgestreckten Hand gegen das linke Hypochondrium; er achtete nicht weiter darauf und führte die am nächsten Tage eintretenden krampfartigen Schmerzen im Epigastrium sowie die an demselben Abend auftretenden Diarrhöen nebst Erbrechen auf den Alkoholexzeß zurück. Erst am 3. Tage nach der Verletzung war der Zustand ein derartiger, daß Pat. der Klinik überwiesen wurde. Der Bauch war im Bereiche der Leber- und Magengegend sehr empfindlich, starke Schmerzen bestanden in der linken Schulter, so daß der Mann den linken Arm nicht erheben konnte. Der Bauch war im übrigen weich, der Puls noch ziemlich kräftig, 100. Angenommen wurde eine beginnende Peritonitis, wahrscheinlich infolge Perforation eines Magen- resp. Duodenalgeschwüres. Die Laparotomie ergab einen kleinen oberflächlichen Riß im rechten Leberlappen, dicht neben dem Lig. suspensorium mit geringer Blutung von dieser Stelle aus, sowie eine völlige Zerreißung der Milz mit starker Blutung in die Bauchhöhle. Splenektomie. Heilung.

Vom chirurgischen Standpunkt interessant war: 1) die Schwere der Verletzung bei offenbar geringfügiger Einwirkung. Verf. nimmt an, daß das Potatorium in diesem Falle prädisponierend gewirkt habe. 2) das langsame Auftreten der Symptome einer intraabdominalen Verletzung; 3) die Verletzung der Leber durch Contrecoup; 4) die Schwierigkeit in der Diagnosenstellung. Nach den klinischen Erscheinungen mußte man eher an einen septischen Prozeß denken als an eine innere Blutung.

Die Untersuchung des Blutes sowie des Lymphgefäßapparates nach der Splenektomie ergab eine Vergrößerung verschiedener Drüsengruppen mit entsprechender Vermehrung der Lymphocyten, die jahrelang anhielt; eine mehrere Wochen anhaltende mäßige Eosinophilie, Hand in Hand gehend mit einer bedeutenden Vermehrung der Blutplättchen. Da die Pat. sich nach der Splenektomie meistens bald wohl fühlen, darf man annehmen, daß die Milz nicht unentbehrlich ist.

Jenckel (Göttingen).

55) **Stowasser.** Zur Kasuistik der subkutanen traumatischen Milzruptur.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Es handelte sich um eine zunächst subkapsuläre Blutung, die durch direkte Gewalt (Eisenbahnverletzung) entstanden war und 12 Stunden später in die freie Bauchhöhle durchbrach. Die Milzpulpa wies an der Zwerchfellseite eine dreistrahlige Rißwunde auf, die nach Resektion eines 10 cm langen Stückes der 7. und 8. Rippe erfolgreich tamponiert wurde. **Gutzeit** (Neidenburg).

56) **Edens.** Über Milzvenenthrombose, Pfortaderthrombose und Bantische Krankheit.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Milzvenenthrombose ist bis jetzt klinisch überhaupt nicht gewürdigt worden. E. konnte in seinem Falle schon im Leben die Diagnose stellen, die durch die Sektion bestätigt wurde; daneben fanden sich Thromben in der Pfortader. Als Ursachen der Thrombose werden Gewalteinwirkungen angenommen, die die Venenwand geschädigt haben. Die am meisten ins Auge fallenden Symptome waren starke Milzschwellung und Ascites. Die Differentialdiagnose gegenüber der Banti-

schen Krankheit und der Anaemia splenica wird eingehend erörtert. In einem zweiten Falle, der jedoch nicht zur Autopsie kam, stellte E. die gleiche Diagnose. Zum Vergleiche wird noch ein Fall von primärer Thrombose der Mesenterialvenen herangezogen. **Haeckel** (Stettin).

57) **Lascialfara.** Contributo clinico allo studio delle cisti spleniche.

(Policlinico. Sez. chir. 1907. Nr. 7.)

Neben zwei Echinokokkencysten der Milz wird ein Fall von Blutcyste beschrieben. Ein mit Malaria behafteter Mann erhält einen Faustschlag gegen die Milzgegend, wird bewußtlos und für einige Tage krank. Er hatte Schmerz in der linken Seite, und nach einigen Monaten zeigte sich die kontinuierlich wachsende Geschwulst. Heilung durch Marsupialisation. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

58) **Mouisset et Petitjean.** Abcès tuberculeux du foie chez un ancien dysentérique.

(Lyon méd. 1908. Nr. 5.)

Es handelte sich um den seltenen Fall eines tuberkulösen Leberabszesses, und zwar bei einem 33jährigen Manne, der 7 Jahre vorher eine schwere Dysenterie durchgemacht hatte. Bei der Sektion fand sich neben Lungen- und Darmtuberkulose sowie den für Dysenterie charakteristischen Veränderungen des Dickdarmes ein orangegroßer tuberkulöser Abszeß in der Konvexität des rechten Leberlappens, umgeben von mehreren miliaren Abszessen. Verff. nehmen an, daß es sich um einen primären dysenterischen Leberabszeß handelte, der sekundär tuberkulös infiziert wurde. **Boerner** (Rastatt).

59) **Corson.** Narath's modification of Talma's operation for hepatic cirrhosis.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

C. ist ein großer Anhänger der von Narath (Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 32) bei Lebercirrhose empfohlenen subkutanen Einpflanzung des Netzes. Er glaubt, daß hierbei weniger Todesfälle vorkommen, und daß der Ascites viel schneller verschwinde. Er beschreibt die Hauptvenenzweige der Bauchwand, die im Falle der Verstopfung der Pfortader bei der kollateralen Zirkulation in Betracht kommen. Es sind dieses folgende: 1) Tiefe epigastrische, zugehörig zur V. iliaca externa; 2) oberflächliche epigastrische, zu den Schenkelvenen zugehörig; 3) obere epigastrische (Mammaria interna zugehörig) und 4) die Interkostalvenen. Alle diese Venen stehen mit den akzessorischen Sappey'schen Portalvenen in Verbindung. Ein mit Erfolg nach Narath operierter Fall wird beschrieben. **Herhold** (Brandenburg).

60) **Fink.** Ein Beitrag zur Spontanruptur der steinhaltigen Gallenblase in die Bauchhöhle.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Der Fall ist wegen des Symptomenbildes bemerkenswert. Mehrere Gallensteinkoliken waren vorausgegangen. Die Ruptur trat nach einem längeren Spaziergange beim Schließen eines Fensters ein unter starken Schmerzen in der Gallenblasengegend. Dann wurde der Hauptschmerz in die rechte Unterbauchgegend verlegt, wo eine Dämpfung und schmerzhafte Resistenz nachzuweisen waren. F. ging deshalb zuerst über dem rechten Leistenbande ein, fand aber nur klare Galle. Die Gallenblase enthielt einen Solitärstein, ihre Wand war verdickt und wies ein für den Kleinfinger durchgängiges Loch auf. Da der untere Leberrand 9 cm über dem Rippenbogen lag, beschränkte Verf. sich auf ausgiebige Drainage und erzielte Heilung. **Gutzeit** (Neidenburg).

61) **Vautrin.** Epithélioma du canal cystique.

(Arch. prov. de chir. 1907. Nr. 5.)

V. hat mit Erfolg ein an der Einmündungsstelle des Cysticus in die beiden anderen großen Gallengänge sitzendes Karzinom operiert. Er hat unter keil-

förmiger Leberresektion die Gallenblase exstirpiert und die Einmündungsstelle der drei großen Gallengänge reseziert. Wegen großer Schwäche der Pat. hat er von der leicht ausführbaren Hepaticoduodenostomie Abstand genommen und sich mit der Drainage des Hepaticus und Choledochus, die etwa 2 cm auseinander standen, begnügt. Bis zu dem 8 Wochen nach der Operation an Lebermetastasen erfolgten Tode war der Abfluß der Galle nach dem Darm ein guter.

Müller (Dresden).

62) **de Beule.** Contribution à la technique opératoire de la cholécystectomie et du drainage du canal hépatique.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1907. Nr. 4.)

Verf. operierte eine 37 Jahre alte Frau mittels des Kehr'schen Bajonettschnittes, entfernte die Gallenblase subserös, machte dann die Inzision des Stumpfes des Cysticus an seinem Abgange vom Choledochus und konnte von da aus Konkremente aus dem Choledochus und Ductus hepaticus entfernen. In die Inzision schob er eine Gummiröhre von 1 m Länge, die er zur Wunde heraus durch die Verbandstoffe führte. Er konnte so die Tamponade des Operationsgebietes umgehen. Am 10. Tage Entfernung des Drainageschlauches. Heilung.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

63) **Eloesser.** Die in den letzten 10 Jahren an der Heidelberger chirurgischen Klinik beobachteten Fälle von Pankreaserkrankungen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

E. gibt mit ausführlichen Krankengeschichten und eingehenden Epikrisen die in den letzten 10 Jahren in der Czerny'schen Klinik gesammelten Erfahrungen auf dem Gebiete der Pankreaschirurgie. Vorerst aber erörtert er auf Grund eigener Nachprüfungen den Wert der Cammidge'schen Urinprobe mit dem Resultate, daß ihm diese Reaktion eine theoretisch begründete zu sein scheint; erweisen sich die Behauptungen Cammidge's als richtig, so wird der größte Schritt in der Pankreasdiagnostik getan sein, wir werden ein für die Pankreaserkrankungen spezifisches Zeichen besitzen, das in manchem Notfalle Hilfe zu leisten verspricht. Es folgen die einzelnen Krankengeschichten nach Gruppen geordnet:

Pankreasabszeß; drei Fälle, durch Operation geheilt.

Pankreasnekrose; ein primärer Fall, operiert; gestorben. Drei Fälle sekundärer Nekrose nach Verletzung des Pankreas bei Magenresektion wegen Karzinom. In allen Fällen wurde Billroth II gemacht; sie starben sämtlich; E. empfiehlt daher, bei solchen Gelegenheiten auf das verletzte Pankreas und den Duodenalstumpf zu tamponieren.

Pankreatitis acuta haemorrhagica und Fettnekrose; drei Fälle, endeten sämtlich trotz Operation tödlich. Trotzdem ist frühzeitige Operation bei dieser Erkrankungsform zu empfehlen.

Es folgt ein Fall von Knickung des Ductus Wirsungianus nach Magenresektion, bei der Ligaturen am Pankreas angelegt werden mußten. Er endete tödlich.

Chronische Pankreatitis; 1) 12 nicht komplizierte Fälle; zwei † nach der Operation. Die Diagnose wurde in keinem der Fälle vor der Operation gestellt, vielmehr wurde meist Cholelithiasis oder Pyloruskarzinom angenommen. Es wurde meist entweder eine Gallenfistel (Cholecystostomie oder Choledochusdrainage) angelegt, oder eine Gastroenterostomie. Als neues Verfahren wird empfohlen die in einem Falle angewandte Dilatation des intrapankreatischen Teiles des Choledochus mit Sonde oder Gallensteinlöffel von einer im Choledochus angelegten Öffnung aus. 2) Fünf mit Gallensteinen komplizierte Fälle, sämtlich operiert mit einem Todesfall. — Angeschlossen wird ein Fall von übergreifender Pankreatitis von einem Magengeschwür aus und einer von vermutlicher Tuberkulose des Pankreas.

Pankreaskarzinom, 13 Fälle; es wurden nur palliative Eingriffe gemacht.

Cysten, drei Fälle, sämtlich geheilt. Fünf Pseudocysten nach Ruptur des Pankreas; vier wurden operiert, mit einem Todesfalle. **Haeckel** (Stettin).

Erklärung.

Mit Bezugnahme auf das Referat über die Arbeit von Wrede (Die Stauungsbehandlung akuter eitriger Infektionen; Langenbeck's Archiv Bd. LXXXIV) im Zentralblatt für Chirurgie 1908 Nr. 4 p. 101/102 von Herrn Siegel erklären die unterzeichneten Herausgeber von Langenbeck's Archiv:

1) wir haben in der genannten Arbeit eine ernste aber sachliche Kritik gefunden, welche die Grenzen des Erlaubten nicht überschreitet;

2) wir würden persönlich verletzenden Ausführungen keinen Raum in Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie gewährt haben.

Die Herausgeber von Langenbeck's Archiv.

König, A. v. Eiselsberg, W. Körte, Hildebrand.

Den 24. Februar 1908.

Prioritätssachen.

Ein Schreiben des Herrn Dr. Gratschoff in Uleåborg (Finnland) an die Redaktion macht auf einen von ihm im Februarheft 1900 der Revue de chir. veröffentlichten Aufsatz aufmerksam, in dem er — ähnlich wie Herr Dr. Evler im Zentralblatt für Chirurgie 1908 p. 63 — einen Schlüsselbeinbruchverband mit eingeschaltetem künstlichem Strebebogen empfohlen hat. Herr Dr. Erler erwidert darauf: Erst durch die Zusendung des Herrn Kollegen Gratschoff ist uns seine Behandlungsweise der Schlüsselbeinbrüche bekannt geworden; seine Eisenschiene verläuft vom Akromion nach einem 4 cm unterhalb der Brustwarze der gesunden Seite gelegenen Punkte; von diesem gehen hierzu vier Riemen aus, welche um Schulter, Rumpf und Damm, durch Schnallen verbunden, verlaufen.

Gratschoff hält das Anbringen des Strebebogens in der Richtung der Clavicula für sehr schwierig; mir erschien gerade die Durchführung dieses Prinzips wesentlich und einfach; mein Apparat nähert sich hier im übrigen mehr dem Papini'schen und dem von Gratschoff nicht erwähnten Heusner'schen Verbande. An Vorteilen gewährt mein Verfahren gegenüber dem seinigen folgende: Die Wirkung des Eisenstabes wird sowohl durch den Chromledergürtel als auch durch den hinteren kurzen Chromlederriemen unterstützt; der Apparat liegt oberhalb der Brüste; er ist aus Chromleder hergestellt, das sich nach Haltbarkeit und Schmiegsamkeit wie kein anderes Leder für diese und ähnliche Verbände eignet; er bezweckt nicht nur Behandlung außer Bett, sondern die Gebrauchsfähigkeit beider Arme.

Zu dem Aufsatze von Herrn Prof. Tietze in Nr. 1 1908 des Zentralblattes weist Herr Brof. Wolkowitsch in Kiew darauf hin, daß er in seiner Arbeit »Zur Frage der operativen Behandlung der Tuberkulose der großen Gelenke der Extremitäten und speziell der Resektion derselben« in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV p. 493 ff. Bobachtungen von Fällen publiziert hat, in denen er in gleicher Weise wie Tietze vorgegangen ist, und sehr befriedigende Resultate in kosmetischer wie funktioneller Beziehung erzielt hat.

Richter.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 12. Sonnabend, den 21. März 1908.

Friedrich v. Esmarch †

Der Senior der deutschen Chirurgen, auf den sein Vaterland stolz sein darf wie auf wenige, ist von uns geschieden; seinen Namen wird die Geschichte unserer Wissenschaft und Kunst nie vergessen.

Esmarch, 1823 in Tönning in Schleswig geboren, studierte in Kiel und Göttingen und hatte das Glück, schon früh in Bernh. v. Langenbeck einen Lehrer und Freund zu finden, der ihn schon 1846 in Kiel als seinen Assistenten anstellte. Als 1848 sein Heimatland den Kampf gegen Dänemark begann, begleitete Esmarch das Kieler Studentenkorps, geriet bei Bau, als er einen Schwerverwundeten vor Verblutung schützte, in die Hände dänischer Dragoner und wurde als Gefangener nach Kopenhagen geschafft, von wo er erst nach 9 Wochen wieder in die Heimat zurückkehrte. Sofort trat er nun, auf Langenbeck's Empfehlung hin, in ein enges Verhältnis zu Stromeyer, dem Nachfolger Langenbeck's in Kiel, wurde sein erster Assistent und für die Zeiten häufiger Abwesenheit sein Stellvertreter. Stromeyer hatte damals neben seiner Universitätsstellung die eines Generalstabsarztes der kleinen, in der Entwicklung begriffenen schleswigholsteinschen Armee angenommen und war damit genötigt, auch ein neues Dienstreglement für Militärärzte zu beschaffen, das den Friedens- wie den Felddienst, auf dem Schlachtfelde wie im Hospital, umfaßte. Da er Esmarch auch zu seinem Adjutanten im Feld angenommen hatte, so wurde auch dieser ein genauer Kenner der für eine gute feldärztliche Organisation notwendigen Grundlagen und sah sich früh auf ein Feld der Tätigkeit hingewiesen, das ihn sein ganzes Leben lang interessierte.

Damals aber galt es schon nach kurzen Monaten, die Probe auf die Richtigkeit der ergangenen Vorschriften zu machen: es wurde von neuem gekämpft, und zahlreiche Verwundete von deutscher wie dänischer Seite galt es zu behandeln. Esmarch, als bester Operateur unter der großen Zahl tüchtiger Ärzte anerkannt, amputierte fleißig nach den alten geltenden Regeln. Daneben wurden die Versuche fortgesetzt, nach dem Vorgange Langenbeck's der beraubenden Chirurgie Schranken zu setzen durch Einführung der Resektionen — zunächst bei Schußwunden des Schulter- und Ellbogengelenkes —, während die anfangs auch versuchten Diaphysenresektionen bald wieder aufgegeben wurden. Für jene aber haben die Jahre 1848—1850 jene Grundlagen geschaffen, auf denen in den kommenden Kriegen weitergebaut wurde; und es ist Esmarch's Verdienst, nach Beendigung des Krieges und seiner Habilitierung in Kiel die gewonnenen Erfahrungen zusammengestellt und 1851 unter dem Titel „Über Resektionen nach Schußwunden" veröffentlicht zu haben. Das kleine Buch hält sich frei von allen Hypothesen und Theorien, beruht lediglich auf der genauen Beobachtung der tatsächlichen Befunde und berücksichtigt vor allem die therapeutischen Maßnahmen und deren Erfolge, wie sie bei den Schußverletzungen der Extremitäten sich ergeben hatten. Die größte Gefahr, die diese damals in sich bargen, war die Pyämie. Ihr vorzubeugen sollte — eben bei den Schulter- und Ellbogengelenkswunden —, falls man nicht die reine Exspektative zu versuchen wagte, womöglich primär, in den ersten 24 Stunden, das verletzte Gelenk freigelegt und dem in ihm vorhandenen Blute, wie dem bald zu erwartenden eitrigen Erguß vollste Abflußmöglichkeit nach außen geschaffen werden. Zu dem Zwecke war entweder die Gelenkkapsel weithin zu spalten oder besser noch waren die knöchernen Gelenkenden selbst zu entfernen, damit die vielbuchtige in eine glattwandige, buchtenlose Höhle verwandelt wurde, aus der die Sekrete ungehindert nach außen abfließen konnten. Esmarch veröffentlichte in seinem Buche die gesamte Kasuistik als Beweismaterial für den Wert des neuen Verfahrens und konnte auf Grund dessen mit Befriedigung auf die erlangten Resultate hinweisen. Denn diese ergaben nicht nur, daß die Tödlichkeit der betreffenden Verletzungen gegen frühere Erfahrungen stark zurückgegangen war, sondern vor allem auch, daß die erhaltenen Glieder einen mehr oder weniger hohen Grad von Leistungsfähigkeit bewahrt hatten.

Nach Beendigung dieses Buches zog Esmarch zu seiner weiteren Ausbildung auf Reisen, auf denen ihm in Paris der Staatsstreich Louis Napoleons vom 2. Dezember 1852 mit seinen blutigen Folgen Gelegenheit gab, Vergleiche zwischen deutscher

und französischer Kriegschirurgie anzustellen. In die Heimat zurückgekehrt, erhielt er schon 1854 nach dem Abgange Stromeyer's, mit dessen Tochter er sich inzwischen verheiratet hatte, die Direktion der chirurgischen Klinik in Kiel und wurde dort 1857 ordentlicher Professor, welche Stellung er bis zu seinem freiwilligen Rücktritt im Jahre 1899 innegehabt hat.

Die drei Kriege der Jahre 1864, 1866 und 1870/71 gaben Esmarch Gelegenheit, sich davon zu überzeugen, daß bei den deutschen Kriegschirurgen die Regeln, die 1851 für die Behandlung der Extremitätenschüsse aufgestellt waren, Anerkennung gefunden, ja daß bei ihnen die konservative Therapie sich weiter entwickelt hatte und nach und nach über die Resektion hinaus schon zur reinen Exspektative überging. Er selbst zog 1864 nicht mit ins Feld, diente nur gleichsam als freiwilliger konsultierender Chirurg nach dem Gefechte von Oeversee und während der Kämpfe bei Düppel, dirigierte 1866, für die Dauer des Krieges nach Berlin berufen, dort die Hospitäler für die Kriegsverwundeten und mußte auch 1870/71, selbst an den Folgen einer Verletzung leidend, in der Heimat bleiben, wo er in Berlin als konsultierender Chirurg in dem großen Barackenlazarett auf dem Tempelhofer Felde wirkte. Inzwischen hatte er aber 1867 in Berlin an der von der Königin Augusta einberufenen Konferenz zur Verbesserung des Kriegssanitätswesens teilgenommen, deren Erfolge im deutsch-französischen Kriege in günstiger Weise zutage traten, und hatte einige Schriften veröffentlicht, die ebensowohl die Organisation des militärärztlichen Dienstes im Felde behandelten, wie die Grundsätze der kriegschirurgischen Therapie. Es waren das vor allem zum Druck gegebene Vorlesungen über Kriegsheilkunst, die er im Wintersemester 1866/67 in Kiel gehalten hatte, und die unter dem Titel „Verbandplatz und Feldlazarett“ im Jahre 1867 erschienen. Ferner das kleine Schriftchen „Der erste Verband auf dem Schlachtfelde“, in dem er dem dreieckigen Tuch als geeignetstem Material zur Anlegung des ersten Verbandes das Wort redete, endlich die kleine Arbeit „Über den Kampf der Humanität gegen die Schrecken des Krieges“. Diese letzte, an das ganze Volk gerichtet, legt ihm nahe, daß in Zeiten des Krieges die staatlichen Einrichtungen niemals ausreichen können, dem verwundeten und erkrankten Soldaten die ihm gebührende Hilfe angedeihen zu lassen, daß da die freiwillige Mitarbeit des ganzen Volkes unentbehrlich ist, daß sie aber nur dann und gleich vom ersten Beginne des Krieges an sachgemäß eingreifen kann, wenn sie in Friedenszeiten sich eine zweckmäßige Organisation schafft, reiche Materialien für Krankenpflege nach bestimmten Mustern ansammelt, namentlich aber für die Schulung

eines zahlreichen Hilfspersonals sorgt. Im weiteren Anschluß an diese Bestrebungen beteiligte sich Esmarch energisch an der Entwicklung der Samaritervereine, die sich die Aufgabe stellten, die Kenntnis von der ersten Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen im Frieden unter Laien zu verbreiten und diese dazu in Samariterschulen theoretisch und praktisch zu unterrichten. Unermüdlich ist er bis in seine späten Jahre nach dieser Richtung hin tätig gewesen und hat die Freude erlebt, sich seine Ideen in die Tat umsetzen zu sehen.

Während sich in diesen Schriften Esmarch an das ganze Volk wendete, trat er auf dem Chirurgenkongreß 1873 vor seine Spezialkollegen mit dem Vorschlage, fortan an den Extremitäten blutlos zu operieren; — einem durch erfolgreiche Erfahrungen am Menschen begründeten Vorschlage, der aber, von so eminentem Werte für die ganze Heilkunst er war, doch im Augenblicke fast unbeachtet blieb. Der Zeitpunkt war ungünstig getroffen, die Versammlung abgespannt und hungrig. Aber die Sache an sich war von so hohem praktischen Wert und dabei so einfach, daß sie in der kürzesten Zeit eine weite Verbreitung unter den Chirurgen Europas wie Amerikas fand, und ihr Erfinder, als er auf dem folgenden Chirurgenkongreß über zahlreiche weitere günstige Erfahrungen berichtete, sich der vollen Zustimmung seiner Kollegen erfreuen konnte. Handelte es sich doch um eine Erfindung, die, zeitlich zusammentreffend mit der größeren Verbreitung der Lister'schen Antiseptik, den Erfolgen der operativen Eingriffe eine bisher unbekannte Sicherheit gewährte und die Wagschale der unglücklichen Ausgänge hoch emporschnellen ließ.

Esmarch konnte sein Verfahren schon als voll anerkannt in sein Handbuch der kriegschirurgischen Technik aufnehmen, das, aus einer Konkurrenz als bestes hervorgegangen, 1877 erschien und sich wieder nicht nur an die Ärzte wandte, sondern auch an Krankenpfleger und die Organe der freiwilligen Hilfe, denen allen er mit ihm die Möglichkeit geben wollte, „Gelerntes rasch zu rekapitulieren, Verbandgegenstände zu improvisieren, zur Beschaffung von Instrumenten, Apparaten und Verbandgegenständen behilflich zu sein". Treu seinem Motto „kurz und bündig", beschränkte sich der Verfasser in ihm auf das äußerste im Text, stattete dafür aber das Buch mit einer großen Zahl klarer Abbildungen aus, so daß es dem Leser gestattete, sich in jedem Einzelfalle rasch über das Gewünschte zu orientieren. Das Buch gewann sich denn auch bald viele Freunde, die unter den Ärzten noch rasch zunahmen, als Esmarch in den späteren Auflagen sich nicht mehr allein auf die bei Verwundeten zur Anwendung kommenden Operationen beschränkte, sondern unter Mitarbeiterschaft

von Kowalzig auch die übrige, von Jahr zu Jahr ihr Gebiet erweiternde operative Chirurgie in ihr Bereich mit einzog, auch hier nach der bewährten Methode arbeitend, sparsam mit dem Wort, aber verschwenderisch mit Abbildungen.

Das bisher Erwähnte war das Arbeitsgebiet, das den Arzt Esmarch wohl besonders befriedigt hat. Dabei sei aber nicht vergessen, daß er auch — als Teil der „Deutschen Chirurgie" — die Krankheiten des Mastdarmes und Afters geschrieben, gemeinsam mit Kulenkampff ein Werk über Elephantiasis herausgegeben, über Gelenkneurosen und über Krebs kleinere Arbeiten veröffentlicht hat, die sich alle voller Wertschätzung erfreuen.

Esmarch hatte das Glück, schon als Student dem genialen Bernhard Langenbeck persönlich nahe zu treten, von ihm bei dem ersten Kampfe seiner Heimatsprovinzen gegen Dänemark in die Kriegschirurgie eingeführt zu werden und dann in ein noch engeres Freundschafts- und Verwandtschaftsverhältnis zu Stromeyer zu treten, unter und mit dem er das ganze Gebiet des Kriegssanitätswesens bearbeitete; und in Gemeinschaft mit beiden konnte er als einer der ersten der konservativen Behandlung der Schußwunden Anerkennung verschaffen. Was er hier auf kleiner, leicht zu übersehender Basis aufgebaut hatte, konnte er dann, zunächst in dem Kampfe, der seine Heimat wieder an Deutschland anschloß, dann in den Kriegen, die unserem Vaterlande zu seiner lang ersehnten Einheit verhalfen, im großen sich bewähren sehen, und er konnte bald nach der Herstellung des Friedens in das Heilverfahren der Gesamtchirurgie ein Glied einfügen von großartigster segenbringender Macht, würdig, den anderen an die Seite gestellt zu werden, die das vorige Jahrhundert geschaffen, die Qualen und die Gefahren operativer Eingriffe nach Möglichkeit zu beseitigen.

Aber das genügte ihm nicht. Ein wahrer barmherziger Samariter, wußte er auch im Laien die Begeisterung wachzurufen, sich die Kenntnisse anzueignen, die ihm gestatteten, bei Unglücksfällen im Frieden selbsttätig hilfreich einzugreifen und sich jene Ausbildung zu verschaffen, die ihn im Kriegsfalle zum Helfer des Arztes geeignet machen können. Allseitige Anerkennung vom Niedersten im Volke bis hinauf zu seinem Kaiser, dem er persönlich nahe getreten war, namentlich aber von seiten seiner Berufsgenossen, ward ihm zum Lohne.

Die Geschichte unserer Wissenschaft hat ihm den Kranz der Unsterblichkeit gewunden.

Richter.

Inhalt.

Aus der ersteren äußeren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt. Geheimrat Dr. Lindner.

Der protrahierte rektale Kochsalzeinlauf.

Von

Dr. med. Hans Seidel,
Sekundärarzt.

Der Wert der subkutanen und intravenösen Kochsalzinfusion ist in der inneren Medizin sowohl wie besonders in der Chirurgie anerkannt; ich brauche darauf nicht näher einzugehen.

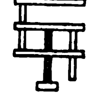
In der Anwendung entstehen Schwierigkeiten gelegentlich nur bei täglich mehrmals applizierten und mehrere Tage hindurch fortgesetzten Infusionen, wie wir sie ja namentlich bei eitriger Peritonitis häufiger geben müssen, in Beziehung auf die Wahl der Injektionsstellen. Die uns zur Verfügung stehenden Körperteile — Oberschenkel, Flanken, Infraclaviculargegenden, Arme — sind im Verlaufe einer derartigen intensiven Nachbehandlung sehr bald mit Einstichen be-

deckt, für neue findet sich nur schwer Platz, und auch weniger empfindliche Patienten fangen bald an, über Schmerzen zu klagen.

In solchen Fällen ist es von Vorteil, in dem protrahierten, rektalen Kochsalzeinlauf ein Mittel zu besitzen, durch welches man dem Körper in bequemer Weise größere Flüssigkeitsmengen zuführen kann.

Wernitz und Katzenstein haben zuerst den langsamen rektalen Kochsalzeinlauf empfohlen, zum Teil allerdings in einer weiter unten erwähnten therapeutischen Anschauung, der ich nicht beipflichten kann. Kothe hat neuerdings auf die ausgezeichnete Wirkung dieser Form der Kochsalzdarreichung nach Operationen wegen allgemeiner Peritonitis aufmerksam gemacht. Wie ich mich verschiedentlich überzeugen konnte, ist trotzdem der protrahierte rektale Kochsalzeinlauf nur wenig bekannt und geübt. Auf unserer Abteilung ist er seit mehr als einem Jahre erprobt, und ich möchte an dieser Stelle auf ihn besonders hinweisen, erstens weil er, wie erwähnt, die Flüssigkeitszufuhr in geeigneter Weise unterstützt, und zweitens, weil er daneben die Darmperistaltik fast stets wirksam anregt.

Die Technik ist einfach und auch vom Personal bald zu erlernen. Von den Vorschriften Katzenstein's weiche ich im großen und ganzen nicht ab. Das zum Einlauf benutzte Gefäß — am besten graduierter Irrigator — wird nicht zu hoch über dem Bett aufgestellt. Eine leichte Regelung der Schnelligkeit des Einlaufes ermöglicht die bekannte Schraubklemme von nebenstehender Form. Wesentlich ist es, das in das Rektum einzuführende Rohr so dünn zu nehmen, daß mechanischer Sphinkterreiz vermieden wird. Ich wende daher keines der gebräuchlichen Darmrohre, sondern bei Erwachsenen einen Nélatonkatheter Nr. 20, bei Kindern einen dünneren an. Derselbe wird durch einen Glasansatz mit dem Irrigatorschlauch, an welchem die Schraubklemme befestigt ist, verbunden, der Zufluß aus dem mit einem halben Liter Kochsalzlösung gefüllten Irrigator durch Drehen der Klemme so geregelt, daß in einer Sekunde etwa ein Tropfen aus dem Katheter ausfließt. Letzterer muß dabei in Betthöhe gehalten werden, da sonst bei der nun folgenden Einführung in das Rektum infolge der geänderten Fallhöhe sich die Tropfenfolge ändert. Ein Liter Flüssigkeit soll in etwa 5 Stunden einlaufen.



Auf keinen Fall darf der Einlauf so schnell erfolgen, daß sich das Rektum sehr bald füllt. Er wirkt dann als Klistier und wird zum allergrößten Teil wieder abgegeben. Bei unruhigen Kranken kommt es natürlich auch vor, daß der Katheter herausgerissen wird. Ein Nachteil entsteht dadurch nicht; bei etwaiger Durchnässung des Bettes braucht nur die Unterlage gewechselt zu werden. Derartige unruhige Patienten werden durch das Personal am besten von Zeit zu Zeit kontrolliert, damit der Katheter nötigenfalls wieder eingeführt werden kann. Beschwerden haben die Patienten von dem Einlauf meist gar nicht, selbst ihr Schlaf wird durch ihn nicht gestört. Die Flüssigkeitsmenge, welche man in dieser Weise in das Rektum einführen kann, ist eine recht beträchtliche. Kothe hat 3 bis 4 Liter pro die gegeben. Ich habe mich mit 1—2 Liter pro die begnügt, so daß mit den daneben gegebenen subkutanen Kochsalzinfusionen in schweren Fällen ebenfalls 3—4 Liter dem Körper zugeführt wurden.

Die Wirkung ist zunächst diejenige, welche wir auch sonst bei anderweitig bewirkter Flüssigkeitszufuhr zu sehen gewohnt sind: Füllung des Pulses, Minderung des Durstgefühls, Besserung des häufig recht verfallenen Aussehens, Zunahme der Urinmenge, bei drainierter

Bauchhöhle Zunahme der Sekretion. Auffüllung des Gefäßsystems und Auswaschung des Körpers, wie sie meistens in den Vordergrund gestellt werden, spielen auch hier die hervorragendste Rolle. Nur scheint mir die Wirkung auf den Puls, welche nach Pässler u. a. bei subkutanen und intravenösen Injektionen eine häufig bald vorübergehende ist, bei der rektalen Applikation eine länger anhaltende zu sein.

Abgesehen von dem schonenderen Vorgehen, würden wir also in der Wirkung des protrahierten rektalen Kochsalzeinlaufes keine wesentlichen Abweichungen von den üblichen Kochsalzinfusionen finden. Was mich nun besonders veranlaßt, ersteren zu empfehlen, ist die Wirkung auf die Peristaltik. Schon während des ersten Einlaufes kann man häufig bemerken, daß Blähungen abgehen; bei wiederholten Einläufen erfolgt zunächst Entleerung kotig gefärbten Wassers, dann breiigen Stuhles. Von diesem Augenblicke an ist natürlich die Kontrolle über die durch den Darm resorbierte Flüssigkeitsmenge ungenau, da Wiederholung der Einläufe mit vermehrten Entleerungen beantwortet wird. Ich glaube aber nicht, daß man nun den Darm, wie Kothe es will, mit Opium ruhig stellen soll, um die Resorptionsmöglichkeit wieder herzustellen. Gerade die Darmatonie fürchten wir so außerordentlich, und wir sollten alles tun, die einmal wieder hergestellte Darmtätigkeit nicht zu hemmen. Ist sie eingetreten, dann wird ja auch die Ernährung per os in den meisten Fällen gut vertragen; geben wir dazu noch subkutane Infusionen, so können wir die rektalen Einläufe von diesem Zeitpunkte an entbehren. Ob diese die peristaltikanregende Wirkung des langsamen rektalen Einlaufes allein darauf beruht, daß die tiefsitzenden Kotmassen allmählich erweicht werden, wie Katzenstein und Kothe annehmen, ist mir zweifelhaft. Eine die Peristaltik anregende Reizung der Darmschleimhaut durch die permanente Irrigation scheint mir zum mindestens mitzusprechen.

Unsere Erfahrungen haben wir in der Nachbehandlung von etwa 50 Laparotomien gesammelt. Es waren darunter Gastroenterostomien, Darmresektionen, Gallengangserkrankungen u. a. Den besten Eindruck erhielten wir in der Nachbehandlung der Peritonitis, auf welche ich mich im vorstehenden auch namentlich bezogen habe. Selbstverständlich ist der langsame rektale Kochsalzeinlauf auch bei allen internen Krankheiten zu empfehlen, bei welchen Kochsalzinfusionen an und für sich angebracht sind. Nur mit Vorsicht anzuwenden oder kontraindiziert ist er nach Operationen am Colon transversum oder descendens, weil die Flüssigkeit bis hierher aufsteigen und bei Verzögerung der Resorption eventuell Nähte sprengen kann.

Daß man bei Erkrankungen, bei welchen neben reichlicher Durchspülung des Körpers auf Ernährung Wert gelegt wird, zu dem langsamen rektalen Einlauf entsprechende Zusätze machen kann, liegt auf der Hand. Versuche mit Kalodal (Credé) oder den Siegfried'schen Peptonen (Friedrich) sind in dieser Beziehung vielleicht besonders angebracht. Bei lange fortgesetzter Nahrungsentziehung per os er-

scheinen mir aber die oft wiederholten kleinen Klistiere wie sie Credé gibt, vorteilhafter, da die beim langsamen Einlauf mit der Zeit eintretende Darmreizung, wie gesagt, häufige Entleerungen herbeiführt, wenn man nicht mit Kothe Opium geben will.

Rücksicht auf die Temperatur der rektal eingeführten Flüssigkeit habe ich nie genommen. Kühle Kochsalzlösung scheint mir vielmehr eher die Peristaltik anzuregen als warme, und hierauf ist m. E. bei dem langsamen rektalen Einlauf ein mindestens ebenso großer Wert zu legen wie auf die vermehrte Flüssigkeitszufuhr an sich. Besonderer Sorge, die Temperatur der Kochsalzlösung körperwarm zu halten, bedarf es daher im Gegensatz zur subkutanen oder intravenösen Infusion nicht.

Ausgeschlossen erscheint es mir, daß die rektalen Kochsalzeinläufe, wie Katzenstein ursprünglich angab, bei schwerer, erfahrungsgemäß zu Sepsis führender Peritonitis gewissermaßen ein Ersatz für die Operation werden könnten. Zur Überwindung des peritonitischen Choks, wie er namentlich auch durch längeren Transport herbeigeführt wird, mögen sie gut sein, wie wir ja zu diesem Zweck auch sonst Kochsalz injizieren, — dann aber muß, wenn sonstige Kontraindikationen fehlen, unbedingt operiert werden. Nach der Operation kann der rektale Kochsalzeinlauf wieder seine oben geschilderte gute Wirkung — schonende Auffüllung des Gefäßsystems, Auswaschung des Körpers, Anregung der Peristaltik — neben subkutanen oder intravenösen Injektionen entfalten.

Literatur:

Wernitz, Samml. klin. Vortr. N. F. Mai 1903.
Katzenstein, Therapie der Gegenwart 1906. Hft. 11.
Kothe, Therapie der Gegenwart 1907. Hft. 10.
Pässler, Verhandl. d. Kongr. f. innere Med. 1898.
Credé, Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 9 und Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1906. Nr. 1.
Friedrich, Verhandlg. des 33. Kongr .der D. Ges. f. Chir. 1904.

---

1) **Smith.** Blood examination in surgery.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1907. Dezember 20.)

S. erörtert die Bedeutung der verschiedenen Blutuntersuchungsverfahren für die Chirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Bestimmung des opsonischen Index. Letztere Methode hält er nach seinen eigenen, auf mehrere 100 Fälle sich erstreckenden Erfahrungen für die Allgemeinpraxis nicht für geeignet, da sie nur bei großer Übung und Exaktheit zuverlässige Resultate ergibt. Mehrere Fälle, bei denen die Methode diagnostisch oder therapeutisch sich bewährte, werden angeführt. Besonders vor Operationen, bei denen alles auf einen aseptischen Verlauf ankommt, ist die Bestimmung des opsonischen Index gegenüber pyogenen Mikroben von Wert; je nach Ausfall der Prüfung wurde event. vor der Operation mit Staphylokokkenvaccine geimpft, und während der positiven Phase operiert. Auch

bei chronischen Infektionen (Furunkulosis, Pyelitis, Empyem, Fisteln usw.) bewährte sich die Vaccinebehandlung. **Mohr** (Bielefeld).

---

2) **A. Peiser.** Über das Verhalten der serösen Körperhöhlen gegenüber im Blute kreisenden Bakterien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 484.)

Bei den Versuchen zu obigem Thema, die Verf. in der Küttnerschen Klinik anstellte, benutzte er den für Kaninchen pathogenen Bacillus pyocyaneus, von dem eine Bouillonaufschwemmung in die Ohrvene eingespritzt wurde. Die Tiere wurden verschieden lange Zeit hernach getötet und aus Pleura-, Peritoneal- und Perikardialhöhle unter allen Kautelen durch Abstrich und Ausgießen mit Bouillon abgeimpft. In Kontrollversuchen wurden die serösen Häute in Reizzustand versetzt durch Injektion von körperwarmer Bouillon, von physiologischer Kochsalzlösung und von Phagocytin, einem Nukleinsäurepräparat.

Dabei fand sich, daß im Blute kreisende Bakterien in die serösen Häute nicht übergehen, solange diese unversehrt sind. Eine Invasion findet erst mit dem Eintritte von Sepsis statt. Befinden sich aber die serösen Häute in einem auch nur geringen Reizzustande, so treten die Bakterien sehr rasch in diese über. Dabei hängt es von der Virulenz der Infektionserreger und der Widerstandskraft des Organismus ab, welche Folgen die Bakterieninvasion hat.

Reich (Tübingen).

---

3) **A. Blumenfeld.** Experimentelle Untersuchungen über Ausscheidung von Bakterien und einigen löslichen (bakteriellen) Substanzen durch den Schweiß.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXXIV. p. 93.)

B. hat Katzen Bakterienkulturen ins Blut gespritzt, dabei aber im Gegensatz zu Brunner eine Ausscheidung der Bakterien durch den Schweiß nicht beobachten können. Er glaubt, daß die Schweißdrüsen für die Bakterien unüberwindliche Hindernisse setzen.

Von löslichen Substanzen geht Jodkalium durch, Fluorescin und Agglutinine aber nicht. Die Ausscheidung der Toxine (Tetanus) läßt Verf. vorläufig unentschieden. Er nimmt für die Ausscheidung der löslichen Substanzen eine elektive Tätigkeit der Schweißdrüsenepithelien an, während die Schweißdrüsen für die Bakterien mehr mechanische Hindernisse bilden. **M. Winkler** (Luzern).

---

4) **M. H. Vincent.** Etiologie et prophylaxie de certains cas de tétanos. Rôle de l'hematome infecté.

(Bull. de l'acad. de méd. 1907. Nr. 34.)

V. sucht experimentell eine Erklärung für die rätselhaften Tetanusinfektionen nach operativen Eingriffen oder Verletzungen, nach welchen die Wunden völlig reaktionslos und rasch geheilt waren.

Auf Grund mehrerer Reihen von Tierexperimenten kommt er zu folgenden Schlüssen. Der Starrkrampferreger ist für gewöhnlich im Gegensatze zu den Eitererregern ein unschuldiger Saprophyt, der viel häufiger in die Wunden gelangt, als man für gewöhnlich annimmt, aber in ihnen nur unter besonderen Bedingungen (Eiterung, Nekrose usw.) seine Pathogenität entfaltet.

Die Gelegenheit für seine Entwicklung in reinen, reaktionslosen Operationswunden bieten nun Blutextravasate, in welchen sich die Sporen, geschützt gegen die natürlichen Abwehrvorkehrungen, entwickeln können.

So wurde Versuchstieren mit eigenem frischem Blute gemischte, von den Toxinen befreite Sporenkultur in verschiedene Körperteile eingespritzt. Die Kontrolltiere erhielten dieselbe Kultur aber ohne Blutbeimengung. Von 13 Versuchstieren gingen 10 an Tetanus ein, von den Kontrolltieren wurde keines befallen.

Entsprechend den Beobachtungen am Menschen zeigt auch dieser experimentelle Tetanus eine ungewöhnlich lange Inkubationszeit und einen damit im Widerspruche stehenden außerordentlich raschen, tödlichen Verlauf. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

---

5) **P. Hardouin** (Rennes). Quand et comment doit-on faire une injection de sérum antitétanique.

(Presse méd. 1907. Nr. 96.)

Verf. ist der Ansicht, daß man in allen Fällen, in welchen man es mit einer unregelmäßigen, vielwinkligen Wunde zu tun hat, in welchen man nicht sicher sein kann, eine gründliche Desinfektion vorzunehmen, eine Einspritzung von antitetanischem Serum machen soll, und zwar so früh als möglich; aber auch 2, selbst 3 Tage nach der Verwundung kann dieselbe von Vorteil sein. Solange eine solche Wunde eitert, sollen derartige Einspritzungen alle 8 Tage wiederholt werden. Es kann dies auch zwei- und dreimal wiederholt werden; und halte man es sich gegenwärtig, daß man es niemals zu bereuen haben wird, eine Einspritzung zuviel, wohl aber oft eine zuwenig gemacht zu haben. Selbstverständlich muß man sich auch vor Übertreibungen in dieser Beziehung hüten und nicht jede kleine, oberflächliche Wunde mit Einspritzungen von antitetanischem Serum behandeln wollen. **E. Toff** (Braila).

---

6) **Broca.** Die Blutstillung bei den Hämophilen durch Injektionen mit frischem tierischen Serum.

(Med. Klinik 1907. p. 1445.)

Auf Grund der Untersuchungen von P. Emile Weil unterscheidet B. die anfallsweise auftretende und die familiäre Hämophilie. Beiden ist die außerordentliche Verzögerung der Blutgerinnbarkeit eigen; Abweichungen bestehen in der Konsistenz des Blutes, Zahl und Art der

*

weißen Blutkörper, in den Gerinnungsvorgängen usw. Bringt man nun 1—3 Tropfen gesunden Menschen- oder Tierblutserums mit 1 ccm Blut solcher Kranken zusammen, so wird dessen Gerinnung unverkennbar begünstigt. Erwachsenen werden einmalig 10—20 ccm frischen Menschen- oder Pferdeserums (nicht Rinder- oder Hundeserums) in die Vene, 20—40 ccm unter die Haut gespritzt; Kinder erhalten die Hälfte; in der Praxis kann man frisches Antidiphtherieserum verwenden; nach 24 Stunden kann dann eine etwa erforderliche Operation gefahrlos vorgenommen werden. Ist ein sofortiger Eingriff nötig, so wird das Serum nicht nur in die Vene eingespritzt, sondern auch unmittelbar auf die Wunde gebracht. Auch bei inneren Blutungen, soweit sie auf Verzögerung der Blutgerinnung beruhen, ist das Verfahren wirksam. B. führt mehrere eigene klinische Erfahrungen an (Zahnfleisch-, Gelenk-, Wundblutungen usw.), wonach sich diese Behandlungsweise allen anderen überlegen zeigte. Es empfiehlt sich, vorbeugend Blutern alle 2 Monate eine Serumeinspritzung zu machen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

7) **Tarantini.** Sul meccanismo d'azione dell' iperemia da stasi alla Bier.

(Policlinico, sez. chirurg. 1907. Nr. 10.)

Spritzt man chinesische Tusche unter die Haut des Hinterbeines eines Meerschweinchens, so kann man den Eintritt derselben in die Lymphdrüsen, welche normalerweise schon nach wenig Minuten zu beobachten ist, durch Anlegung der Stauungsbinde dauernd verhindern. Es genügt, die Binde eine halbe Stunde vor der Einspritzung anzulegen und eine Stunde liegen zu lassen. Die Wirkung beruht auf Phagocytose und Bindegewebsneubildung.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

8) **Rohlff.** Ischäminverwendung in der täglichen Praxis.

(Med. Klinik 1907. p. 1297.)

Ischämin, chemisch rein aus den Nebennieren des Schafes isoliert, hält sich mindestens 6 Wochen lang unverändert klar, farblos und wirksam. Man kann es aufkochen. Um bestmögliche Blutleere und Schmerzlosigkeit zu erzielen, fügt man zu 3 g einer 1%igen Kokainlösung für entzündete Gewebe 7 Tropfen Ischämin, für nicht entzündete 6 Tropfen hinzu (Zahnziehen, blutige Nasenoperationen, Hydrokelenoperation, sonstige kleine Chirurgie des praktischen Arztes, auch gegenüber von Kindern oder schwächlichen alten Leuten).

Georg Schmidt (Berlin).

---

9) **Leonardo.** Azione della tiosinamina e della fibrolisina sulle cicatrici, sui bacteri, sul sangue.

(Policlinico, sez. chirurg. 1907. Nr. 9 u. 10.)

Thiosinamin ist für den tierischen wie menschlichen Körper ganz unschädlich, es verursacht in Narben keine regressiven Prozesse, keine

Infiltration oder Phagocytose. Es erzeugt eine starke und anhaltende Leukocytose, welche der durch Nukleinsäure kaum nachsteht. Dagegen besitzt es die unangenehmen Eigenschaften der Nukleininjektionen nicht. Es erhöht die Resistenz des Körpers gegen Infektion wie dieses und verdient statt seiner angewandt zu werden.

Man verwende bei Kindern Thiosinamin in 5%iger Wasser-Glyzerinlösung 1 ccm, bei Erwachsenen das Fibrolysin 0,75 ccm.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

10) **Fáykiss.** Arteriennaht. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik Hofrat v. Réczey.)

(Budapesti Orvosi Ujság 1907. Nr. 29.)

Verf. teilt nach ausführlicher Darlegung der Literatur 40 eigene Versuche mit, die er nach Durchtrennung der Carotis behufs Wiedervereinigung ausführte. Es wurde das Verfahren von Payr und die Invaginationsmethode von Murphy erprobt, und Verf. kommt nach seinen Experimenten zu folgendem Ergebnis: die Arteriennähte erfordern eine strenge Asepsis. Die provisorische Blutstillung kann durch Digitalkompression oder durch die Silberberg'sche Klemme geschehen. Von den verschiedenen Verfahren bewährt sich jenes am besten, das die geringste Verengerung der Gefäßlichtung bewirkt und eine möglichst genaue Anpassung der Intimaränder erlaubt. Am zweckmäßigsten ist eine durch alle Schichten laufende Naht, als Nahtmaterial Seide. Sollte wegen schlecht angelegter Nähte eine Blutung entstehen, so sollen durch alle Schichten Ersatznähte angelegt werden; sollte eine Verengerung der Lichtung eingetreten sein, so ist die Resektion der Nahtstelle mit folgender zirkulärer Vereinigung zu empfehlen. Es ist überflüssig, die Gefäßscheide separat zu vernähen, da sie ohne Naht in kurzer Zeit verwächst. Die Lücken zwischen den Wundrändern, sowie in die Lichtung reichende Fäden werden mit Blutgerinnseln bedeckt, die sich später organisieren. Im Heilungsprozeß kommt dem Endothel die wichtigste Rolle zu; weniger beteiligt sind daran die Bindegewebszellen der Adventitia, am geringsten die Mittelschicht. Infolge der Neubildung der elastischen Fasern kommt in einem gewissen Grade eine Restitution ad integrum zustande.

P. Steiner (Klausenburg).

---

11) **Schleich.** Über die Entwicklung der allgemeinen und lokalen Anästhesie.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1908. Nr. 1.)

Bekanntlich leugnet Verf. das Vorhandensein besonderer Schmerzempfindungsorgane, -bahnen und -zentren und erklärt den Schmerz als die Wirkung eines elektroiden Kurzschlusses der sensiblen Nervenbahnen. Die Isolation besorgen Neurilemm und Neuroglia und der sie umspülende Gewebssaft; ihre Schädigung ermöglicht das Übergreifen der durch einen Reiz entstandenen Nervenströme auf die schlecht isolierten Bahnen. Umgekehrt bewirkt die Narkose eine

Verstärkung der Isolation bis zur Hemmung, ganz gleich, ob sie örtlich durch Infiltration, intermediär in Form der Rückenmarksanästhesie oder zentral durch Kontaktaufhebung der Ganglien angreift. Die örtliche Schmerzbetäubung des Verf.s mit hypotonischer 0,2%iger Kochsalzlösung, Kokain und Alypin kann als gänzlich ungefährlich gelten selbst bei Infektionen und Geschwülsten, wenn man von der gesunden Umgebung gegen den Krankheitsherd ödemisiert. Adrenalinzusätze machen die Lösung nur giftiger und bedingen allein bei der Zahnextraktion im Unterkiefer einen wirklichen Vorteil. An den Fingern und Zehen hält S. sein Verfahren der Leitungsanästhesie nach Oberst für vollkommen ebenbürtig, wenn auch nicht so einfach in der Technik. An allen übrigen Körperstellen scheint ihm die Leitungsanästhesie direkt problematisch.

Die Hauptgefahr der Narkose ist der plötzliche Hemmungsfortfall der Leitungen von der Rinde zu den lebenswichtigen Zentren der Medulla; Verf. glaubt, daß sie durch ein bei der Körpertemperatur gasförmiges Narkotikum, sein Siedegemisch, zu vermeiden ist, weil es noch rechtzeitig durch die Atmung ausgeschieden werden kann. Auf die Rückenmarksanästhesie setzt er große Hoffnung, vor allem, wenn es gelingen sollte, die Rückenmarksleitung mehr physikalisch und weniger chemisch zu hemmen. Die Lähmung durch das Alkaloid bringt noch immer die große Gefahr mit sich, alle zwischen unterem Rückenmarksabschnitt und Medulla gelegenen Zwischenschaltungen schnell zu überspringen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

12) **H. Freund.** Kokain als Mittel gegen das Erbrechen nach der Narkose. (Aus d. Stephanshospital in Reichenberg.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 46.)

Abgesehen von den subjektiven Unannehmlichkeiten des postoperativen Erbrechens machen objektive Folgen — Sprengen von Nähten und Ligaturen, Entstehung von Pneumonien durch Verschleppung kleiner Emboli — es dringend wünschenswert, das Erbrechen zu verhindern.

Seine Ursache ist einmal eine zentrale, durch Reizung der Medulla oblongata, tritt dann meist beim Übergang in das Toleranzstadium ein und kann durch richtige Dosierung des Narkotikums vermieden werden. Selten tritt es mehrere Stunden nach der Narkose als Späterbrechen ein. Die andere — häufigere — Ursache ist eine periphere, durch Reizung der Magen-Darmschleimhaut bedingt, indem mit Dämpfen des Narkotikums gesättigter Speichel geschluckt wird, oder Narkotika in den Magen ausgeschieden werden. Das Schlucken kann durch maximale Reklination des Kopfes nach Witzel vermieden werden. Außerdem läßt sich aber die Reflexerregbarkeit der Bauchorgane auch auf andere Weise herabsetzen. Während nämlich die Organe der Bauchhöhle bisher für empfindungslos galten, bewiesen Kast und Melzer durch Tierexperimente, daß relativ geringe Dosen von Kokain

subkutan oder intramuskulär die normalerweise vorhandene Schmerzempfindung der Bauchorgane vollständig aufheben.

Darauf fußend hat Verf. versucht, ob nicht auch die Reflexerregbarkeit der Magen-Darmschleimhaut durch Kokaininjektionen aufzuheben ist, und in der Tat dadurch eine auffällige Verminderung des postnarkotischen Erbrechens erzielt, das dann nur in 12%, früher in 33% der Fälle eintrat. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß Dosis und Zeitpunkt der Injektion erst ausprobiert werden mußten, daß ferner ein Teil der Mißerfolge Späterbrechen war, das dadurch kaum zu bekämpfen ist, endlich daß einige Fälle durch technische Fehler — zu späte Injektion, Essen vor der Operation — erklärlich sind. Als geeignetste Dosis erwies sich 0,025 g bei Männern, 0,02 g bei Frauen, vor Ende der Operation subkutan gegeben. Die Methode erscheint noch nicht völlig ausgebildet. Als angenehme Nebenwirkung ergab sich auffallende Euphorie nach der Narkose und Steigerung des Blutdruckes. Intramuskuläre Injektionen wirken schneller.

Renner (Breslau).

---

13) **Pollack.** Weitere Beiträge zur Hirnpunktion.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

P. hebt hervor, daß andauernd in der Literatur Fälle von Gehirnerkrankungen publiziert werden, in welchen die von Neisser und dem Verf. angegebene Methode der Hirnpunktion zur Stellung der richtigen Diagnose gute Dienste geleistet haben würde. Es werden sodann einige günstige Erfahrungen angeführt, die andere Autoren mit der Hirnpunktion gemacht haben; nachdrücklich wird hervorgehoben, daß die von Neisser und P. angegebene Methode etwas durchaus Neues darstelle und die Hirnpunktion erst zu einem allgemein anwendbaren Verfahren gemacht habe. Die Technik der Punktion ist im wesentlichen die alte geblieben, kleine Verbesserungen und neue Kunstgriffe werden mitgeteilt.

In bezug auf die diagnostische Bedeutung der Hirnpunktion wird betont, daß auch das negative Resultat wertvoll sei, und ein beweisender Fall dafür angeführt; es ist nicht zu bezweifeln, daß die Ventrikelpunktion in Zukunft ein häufiger, neben und statt der Lumbalpunktion geübter Eingriff werden wird.

Zum Schluß wird ein Fall mitgeteilt, in dem die Hirn- resp. Ventrikelpunktion nicht bloß diagnostisch, sondern auch therapeutisch unschätzbare Dienste leistete. Es handelte sich um ein 17jähriges Fräulein, das in desolatem Zustande aufgenommen wurde. Erst die Punktion ließ die Diagnose auf Hydrocephalus acquisitus stellen; es wurden 18 ccm Liquor aus dem rechten Seiten- und 60 ccm aus dem vierten Ventrikel entleert; darauf trat Heilung ein.

Haeckel (Stettin).

---

14) **J. Broeckart et F. de Beule.** Etude critique sur le traitement de la névralgie faciale.

(Journ. de chirurgie 1907. Nr. 6 u. 7.)

In einer ausführlichen Monographie haben Verff. unsere heutigen Kenntnisse der Trigeminusneuralgien zusammengestellt und die verschiedenen Behandlungsmethoden einer eingehenden Kritik unterzogen. Nach anatomischen Vorbemerkungen legen sie ihre Anschauungen über die Ätiologie des Leidens vor, das sie auf eine plötzliche Kompression der sensiblen Trigeminusfasern zurückführen. Diese wird bewirkt durch Hyperämie der Nervengefäßchen, die ihrerseits die Folge eines Druckes auf den Nerven durch Geschwulst, Narben, neuritische Prozesse ist, begünstigt durch den Verlauf des Nerven in engen Knochenkanälen.

Wenn die Therapie die inneren Mittel erschöpft hat und keine kausalen chirurgischen Angriffspunkte vorhanden sind, so stehen dem operativen Vorgehen mehrere Wege offen: 1) die Exstirpation des obersten Halsganglions event. mit einem Stück des Sympathicusstammes; 2) die Neurosarkokleisis; 3) die Reihe der Eingriffe am Nerven selbst.

Die erste Operation hat in einer Reihe von Fällen bemerkenswerte Besserungen, auch einige Heilungen gebracht, doch sind die Resultate unsicher, da die beiden anderen Halsganglien die Funktion des entfernten obersten übernehmen und Rezidive veranlassen.

Rationeller ist die Bardenheuer'sche Neurosarkokleisis, die ihrem Erfinder glänzende Resultate gegeben hat; leider kann sie nur beim N. supra- und infraorbitalis und maxillaris angewandt werden, wenn die Ursache der Neuralgien in diesen peripheren Ästen zu suchen ist.

Bei der Beurteilung der operativen Eingriffe an den Nerven selbst gehen Verff. von folgenden Erwägungen aus: Jede Verletzung eines Nerven hat eine Veränderung der Nervenzellen an der betroffenen Stelle zur Folge, die wir Chromolyse nennen. Dieselbe besteht in Zerfall des Protoplasmas, Schwellung und Gestaltsveränderung der Zelle, deren Kern an die Peripherie gedrängt, event. ganz ausgestoßen wird. In einigen Monaten erholen sich die Zellen, bis auf die, welche ihren Kern verloren haben und zugrunde gehen, und gewinnen, ihre normale Gestalt und Fuktion wieder. Je heftiger die Verletzung war, desto stärker die reaktive Chromolyse, desto mehr Zellen gehen zugrunde, und desto höher hinauf zentralwärts reicht die Degeneration. Letztere zu einer möglichst ausgedehnten zu machen und damit den Nerven dauernd außer Funktion zu setzen, muß das Ziel jeder die Neuralgie bekämpfenden Operation sein. Und nach den Versuchen van Gehuchten's und der Verff. wird dieses am besten durch brüskes Ausreißen der mit festen Klemmen gefaßten Nerven erreicht; danach wurden die intensivsten und ausgedehntesten Chromolysen beobachtet. Für sehr wesentlich halten Verff. es nun, und das ist der Kern der ganzen Abhandlung, diese brüske Zerreißung des Nerven möglichst hoch oben in der Nähe des Ganglion Gasseri vor-

zunehmen, da dann die Zerstörung am vollständigsten ist. Bei 26 mit Ausreißen der Nerven an der Schädelbasis behandelten Fällen war stets sofortige, vollständige Heilung eingetreten, die nach 2 Jahren noch anhielt. Von Einspritzungen oder Lufteinblasungen (Marie, Chauffard) in die Nerven halten Verff. sehr wenig; am ehesten ist noch dem 80%igen Alkohol eine Wirkung zuzuschreiben, die ebenfalls auf Chromolyse beruht, aber zu schwach ist, um Regeneration der Zellen und damit das Rezidiv zu verhindern.

Die Exstirpation des Ganglion Gasseri verwerfen Verff. als zu schwierig, zu gefährlich und zu eingreifend vollständig. Sie wollen diese Operation durch ihr Ausreißen der Nervenstämme an der Basis, event. durch die technisch leichtere und ungefährlichere Durchtrennung der hinteren Wurzel ersetzen.

Vorderbrügge (Danzig).

---

15) **A. Passow** und **K. L. Schäfer.** Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. I. Hft. 1 u. 2.

Berlin, **S. Karger,** 1908.

Die genannte Zeitschrift verfolgt nicht den Zweck, sich in ihrem Arbeitsprogramm den bestehenden einzufügen, sondern will vor allem einmal den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und den anderen Spezialgebieten pflegen, dann neben der praktischen die wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie usw. fördern. Das erste und zweite Heft bringt eine Durchführung dieses Gedankens.

Sie enthalten außer vorwiegend praktische Ziele verfolgenden Arbeiten wertvolle theoretische Beiträge, deren nähere Besprechung hier nicht angebracht erscheint. Dagegen verlangen die beiden ersten Arbeiten auch an dieser Stelle eine kurze Besprechung. Die Arbeit Lange's: »Beiträge zur pathologischen Anatomie der vom Mittelohr ausgehenden Labyrinthentzündungen«, zeichnet sich durch die überaus exakte pathologisch-anatomische Untersuchung von 14 Fällen von Labyrinthentzündung aus.

Von besonderem Interesse erscheint der auf histologische Veränderungen basierte Nachweis, daß das Foramen ovale nach primärem Einbruch der Entzündung in die Bogengänge, besonders der lateralen, zur sekundären Ein- oder Durchbruchstelle werden kann. Überhaupt ist die ganze Frage, ob Ein- oder Ausbruch, sehr eingehend behandelt, wenn sie auch für die Therapie keine ausschlaggebende Bedeutung gewinnen kann. Wichtig für die Therapie erscheint aber der histologische Nachweis, daß in erster Linie der laterale Bogengang, in zweiter die Fenster als Einbruchstellen zu betrachten sind. Auch für die Möglichkeit der Ausheilung einer Bogengangsfistel bzw. das Vorkommen einer umschriebenen Bogengangserkrankung überhaupt bringt Lange wertvolles Beobachtungsmaterial bei. Die Tuberkulose des Mittelohres und Labyrinthes hat er aus seinen Betrachtungen aus-

geschieden, weil sie anatomisch und klinisch eine Sonderstellung einnimmt. Im übrigen beweisen die mitgeteilten Krankengeschichten nach Ansicht des Ref., wie wichtig es ist, einmal durch genaue funktionelle Prüfung sowohl des Bogengangsapparates wie der Schnecke vor der Operation sich ein Urteil zu bilden, ob eine Erkrankung des inneren Ohres in Frage kommt oder nicht. Dann durch möglichst ausgiebige Abtragung des medialen Abschnittes des Facialissporns bei Verdacht auf Labyrintherkrankung und intensiver Beleuchtung, wie es Hinsberg verlangt, einen möglichst genauen Überblick über die anatomische Beschaffenheit der Fenstergegend zu gewinnen. Die planmäßige Eröffnung des Labyrinthes ist in keinem der Fälle, wie noch kurz erwähnt sei, angeführt worden.

Die Arbeit P.'s beschäftigt sich mit dem Verschluß von Knochenwunden nach Antrumoperationen. Zur Vermeidung tiefer trichterförmiger Einziehungen, Wunden nach Antrumoperationen überhaupt zum Verschluß zu bringen, empfiehlt P., in geeigneten Fällen ausschließlich Periostlappen, keine Periost-Knochenlappen zu verwenden. Die Methode hat sich ihm auch zur Deckung von freiliegenden Sinusabschnitten und von Knochenlücken nach Hirnprolapsabtragung bewährt. — Die Ausstattung der Zeitschrift ist eine vorzügliche.

Engelhardt (Kassel).

---

16) **J. Schäffer.** Über ungewöhnliche und diagnostisch schwierige Erkrankungen der Mundschleimhaut bei Syphilis und Hautkrankheiten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXV. p. 371.)

In eingehender Weise bespricht S. die Erkrankungen der Mundschleimhaut bei Syphilis und bei Hautkrankheiten. Es werden getrennt behandelt die Mundschleimhautveränderungen im ersten, zweiten und dritten Stadium der Lues, bei Lues maligna, nach Quecksilberbehandlung, die Leukoplakie.

Bei den Hautkrankheiten werden besprochen der Lichen ruber planus, das Erythema exsudativum multiforme und die Arzneiexantheme, die blasenbildenden Schleimhauterkrankungen des Herpes, schließlich die Dermatosen, die nur sehr selten auf der Mundschleimhaut vorkommen (Ekzem, Psoriasis, Quincke'sches Ödem, Pseudoleukämie). Die interessante Studie wird durch zahlreiche Beobachtungen aus der reichen Erfahrung des Verf.s erläutert und ergänzt.

M. Winkler (Luzern).

---

17) **W. A. Lane.** The modern treatment of cleft palate.

(Lancet 1908. Januar 4.)

Der bekannte Chirurg von Guy's Hospital beschreibt hier seine Operationsverfahren bei den schwereren Formen von Wolfsrachen. Er empfiehlt, die Operation in früher Kindheit auszuführen, ehe die Zähne durchgebrochen sind. Mit Einschluß der die Zähne bedeckenden Alveolarschleimhaut kann man mindestens einen dreimal so breiten

Lappen erzielen, als wie er nach Durchbruch der Zähne möglich ist. Verf. erreicht, wie aus 19 in der Arbeit enthaltenen Skizzen ersichtlich, durch seine Schnittführungen und Lappenbildungen außerordentlich breite Wund- und Vereinigungsflächen, was ja selbstverständlich bei diesen Operationen von ausschlaggebender Bedeutung ist. Nach seinen Erfahrungen bedecken sich die größten rohen Wundflächen im Munde in kürzester Zeit in vollkommenster Weise mit Epithel und dazu ohne nennenswerte Narbenbildung oder gar Kontrakturen.

Einzelheiten sind in dem sehr lesenswerten Original zu ersehen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

18) **Jacson.** Tonsillar hemorrhage and its surgical treatment.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

Die partielle Abtragung der Mandel hält J. für unpraktisch, er ist Anhänger der Tonsillektomie, d. h. der Exstirpation der ganzen Mandel. Er zieht den vorderen Gaumenbogen mit einem kurzen Haken zurück, spaltet dann, nachdem er die Mandel mit einer Zange ganz vorgezogen hat, von außen deren Kapsel und trägt hierauf hinten vermittels einer langen stumpfen Schere die Mandel von ihrem Bett ab. Spritzen Gefäße, so faßt er sie mit einer langen Zange und unterbindet. Ist es eine Gewebsblutung so legt er zwischen beiden Bögen einen Gazetampon. Ist die Blutung gar nicht zu stillen, was selten vorkommt, so muß die Carotis externa unterbunden werden.

Herhold (Brandenburg).

---

19) **M. Böhm.** Die numerische Variation des menschlichen Rumpfskeletts. Eine anatomische Studie mit 52 Abbildgn. 92 S.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1907.

Das vorliegende Buch bildet eine Ergänzung zu den früheren Veröffentlichungen desselben Autors über die Ätiologie der Skoliose (ausführlich referiert dies. Zentralbl. 1907 p. 732). Es bringt eine genaue Beschreibung der Kollektion numerisch variierender Wirbelsäulen, welche, von dem Anatomen Dwight in Boston zusammengestellt, sich im dortigen Warrenmuseum befindet. Auffallend sind die Geringgradigkeit der skoliotischen Verbiegung bei den abgebildeten, Erwachsenen angehörigen Skeletten und die geringen Torsionsveränderungen an den Rippen.

Das kleine Buch bildet eine wichtige Ergänzung unserer Lehrbücher der normalen Anatomie. **Drehmann** (Breslau).

---

20) **Dwight.** Stylo-hyoid ossification.

(Annals of surgery 1907. November.)

D. beschäftigt sich mit jenen seltenen Fällen, in welchen der zweite Kiemengangsbogen bei Erwachsenen verknöchert angetroffen wird. Der zweite Branchialbogen geht beim Embryo vom Schädel

nach abwärts und vorwärts und steht mit dem Bogen der anderen Seite durch das Basi-hyal in Verbindung, aus welchem letzteren später der Körper des Zungenbeines wird. Der Bogen selbst — ausgenommen des Basi-hyal — besteht 1) aus dem Tympano-hyal, 2) dem Stylo-hyal, dem späteren Proc. styloid., 3) dem Cerato-hyal, dem späteren Lig. stylo-hyoideum und 4) dem Hypo-hyal, aus dem später die kleinen Hörner des Zungenbeines werden. Das Tympano-hyal ist ein kurzer runder Fortsatz, der meistens mit dem Proc. styl. eins wird, so daß der letztere als vom Schädel direkt abgehend bezeichnet werden muß; es kann aber zwischen diesen beiden Knochen auch nur eine ligamentöse Vereinigung bestehen bleiben. Andererseits kann aber auch das Lig. stylo-hyoideum verknöchern, so daß man nun einen beiderseitigen langen und mit dem Zungenbein knöchern verwachsenen Proc. styloideus hat, wodurch ein knöcherner Halsring gebildet wird. Diese Verknöcherung des Lig. stylohyoideum ist keine Alterserscheinung, sie kommt auch bei jüngeren Leuten vor. Von 20 aus den Museen und der Literatur gesammelten Präparaten stammen 6 von jungen Leuten, die übrigen von über 50 Jahre alten Personen. Klinisch können sich bei solchen Leuten Schluckbeschwerden einstellen. Die Diagnose kann durch manuelle Untersuchung und durch Untersuchung mit Röntgenstrahlen gestellt werden. Diese langen Proc. styloid. verlaufen zwischen den beiden Carotiden (interna und externa), so daß man sie gelegentlich der Unterbindungen hier antreffen kann. Außerdem liegen sie nach innen von der Parotis und nach außen von den Mandeln. Einige Schädelphotographien, welche diesen knöchernen Branchialring zeigen, erläutern die Arbeit. **Herhold** (Brandenburg).

---

21) **Ginsburg.** Contributions to the anatomy of the parathyroid bodies, with especial reference to the surgical aspects.

(University of Pennsylvania med. bulletin 1908. Januar.)

G.'s Beitrag zur Anatomie und chirurgischen Bedeutung der Parathyreoidkörper beruht auf zahlreichen Untersuchungen anatomischer Präparate. Die Körper sind stets vorhanden, jedoch manchmal durch umgebende Fettmassen verdeckt. Nicht selten finden sich mehr als zwei Paare; sie liegen am konstantesten auf der Linie der Anastomosen zwischen Arteria thyreoidea superior und inferior, meist näher der inferior, an der Hinterfläche der Seitenlappen der Drüse, entweder in einer Capsula propria oder innerhalb der Drüsenkapsel, event. sogar teilweise in die Drüsensubstanz eingebettet. Am zweithäufigsten liegen sie am unteren Pole der Drüse, hier sind sie am größten und am leichtesten zu finden. Die Blutversorgung geschieht durch eine besondere Arteria parathyreoidea, die ein Ast gewöhnlich der A. thyr. inferior, selten der superior ist Diese Art der Gefäßversorgung hat praktische Bedeutung, da von der Erhaltung der Artt. parathyreoideae die Vitalität der Körperchen bei Unterbindung der Arteriae thyreoideae abhängt. Die Schwierigkeiten, sie bei Operationen an der Schilddrüse zu erkennen und zu erhalten, sind zweifellos oft

nicht zu überwinden. Jedoch kann bei Unterbindung der A. thyreoidea inferior oder superior außerhalb der Kapsel die Blutversorgung der Körperchen durch Anastomosen mit der entgegengesetzten Seite noch erhalten bleiben. Während der Operation läßt sich die Lage der Parathyreoidkörperchen noch am ersten erkennen am Verlaufe der zugehörigen kleinen Arterien. Die Stelle des Eintritts und der Verteilung der A. thyreoidea inferior muß bei der Operation mit der größten Vorsicht verfolgt werden, um die Blutversorgung der Körperchen möglichst unversehrt zu erhalten. (1 Tafel mit Abbildungen.)

Mohr (Bielefeld).

---

22) **A. le Dentu.** Des complications broncho-pulmonaires post-opératoires.

(Extrait des Arch. génér. de méd. 1906. T. I. p. 724.)

Bronchopulmonale Erkrankungen nach Operationen sind oft weder der Narkose noch einer Infektion zuzuschreiben. Dagegen haben Einfluß zurzeit bestehende Epidemien. Man sollte deshalb zu solchen Zeiten gewisse Operationen lieber aufschieben. Weiter sind von Einfluß Lungenemphysem, Herz- und Lungenaffektionen, hohes Alter und Kachexie. Daß persönlicher Disposition auch eine Rolle zuzusprechen ist, schließt Verf. daraus, daß er bei wiederholten Operationen an zwei Leuten stets derartige Erkrankungen auftreten sah. Andere Ursachen sind Abkühlung und septische Embolien, besonders wenn sie zahlreich sind. Die embolischen Pneumonien brauchen sich in ihrem Verlaufe durchaus nicht von anderen zu unterscheiden.

In Betracht kommt ferner, daß bei Bauchoperationen durch Schädigung der Bauchmuskeln der Atmungstypus erschwert wird, ferner, daß Schmerzen die Kranken verhindern auszuhusten. Vielleicht ist auch an der von De la Roche aufgestellten Hypothese einer durch Chloroform bedingten Paralyse der Bronchialmuskelfasern etwas Wahres. Jedenfalls rufen alle die genannten Umstände, ebenso wie eine etwaige Schwächung des Herzens, eine gewisse Blutstauung innerhalb der Lungen hervor.

Dem Trauma muß auch ein großer Einfluß zugesprochen werden, desgl. dem Chok, dem ja manche in kurzer Zeit erliegen. Auch die Infektion spielt eine große Rolle. Daß aber die Infektion der Lungen auf dem Lymphwege gar so häufig sei, glaubt Verf. nicht, da man sie dann auch nach Appendicitis häufiger sehen müßte. Allgemeine tiefe Narkose darf auch nie als unschädlich für die Lungen angesehen werden. Die Schädigung der Bronchialschleimhaut durch das Narkotikum kann dagegen nicht hoch veranschlagt werden, da es gelungen ist, durch verschiedene Vorsichtsmaßregeln die Zahl der Pneumonien sehr einzuschränken, auch beim Äther (Henle, Kroenlein).

Zum Schluß faßt Verf., der Anhänger der Äthernarkose ist, die Mittel, die Lungenerkrankungen verhüten sollen, zusammen. Bei schweren Lungenerkrankungen hat er gute Erfolge vom Aderlaß gesehen.

E. Moser (Zittau).

---

23) **S. K. Gogitidze.** Zur Diagnose der Pleuritis exsudativa: Die diagnostische Bedeutung des Hautödems an der kranken Brustseite.

(Wratschebnaja Gazeta 1907. Nr. 50 u. 51. [Russisch.])

G. findet Wintrich's Methode (Palpation einer Hautfalte) nicht immer zum Ziel führend. Er selbst palpiert die Dicke der Haut, indem er sie mit dem Finger quer über die Rippe hin und her bewegt, oder aber — nach Tschernow — längs den Rippen über einem Interkostalraum, der bei Ödem schmäler und weniger tief erscheint. Er fand nun, daß das Hautödem in allen Fällen von serösem Pleuraexsudat, dabei in sehr frühen Stadien, vorhanden ist, selbst in einigen Fällen, wo die Probepunktion negativ ausfiel. Das Hautödem ist also ein sicheres Symptom von Pleuraexsudat. Zum Schluß bemerkt G., daß er in 2 Fällen von Pericarditis serosa Hautödem in der Herzgegend sah. Die Beobachtungen G.'s betreffen Kinder. —

Glückel (Wel. Bubny, Poltawa).

I.

Zur Frage der Bedeutung des „Rovsing'schen Symptoms".

Von

Prof. Dr. Thorkild Rovsing in Kopenhagen.

In Nr. 8 dieses Blattes referiert Lauenstein einen Fall von Peritonitis und Cholecystitis acuta, in welchem nach seiner Behauptung, das von mir im Zentralblatte 1907 Nr. 43 beschriebene Appendicitissymptom vorgefunden wäre, ihn aber irregeleitet hätte. Eine erneuerte Durchlesung meines Aufsatzes wird aber meinem geschätzten Kollegen seinen Irrtum klar machen. Ja, er braucht nur die Überschrift zu lesen: »Indirektes Hervorrufen des typischen Schmerzes an McBurney's Punkt. Ein Beitrag zur Diagnostik der Appendicitis und Typhlitis«.

Es verhält sich nämlich so, daß Lauenstein's Pat. nur in der Gallenblasengegend direkt und indirekt druckempfindlich war. »Übte man nach der Rovsing'schen Anweisung einen kurzen raschen Druck[1] auf die linke Unterbauchgegend, so gab der Kranke jedesmal prompt einen Schmerz unter der Leber an.« Lauenstein dachte dann »an eine Appendicitis bei aufwärts geschlagenem Wurmfortsatz mit Perforation an der Spitze« und tadelt meine Untersuchungsmethode, weil er eine entzündete, mit dem Querkolon verklebte Gallenblase fand!

Mir scheint es, daß meine Methode hier etwas unerwartet Schönes geleistet hat: sie hat nicht nur keinen Schmerz an McBurney's Punkt ausgelöst und so gegen Appendicitis gesprochen, sondern zudem Herrn Lauenstein direkt die Gallenblasengegend als leidend angewiesen!

Möchte meine kleine Methode sich nur immer so gut bewähren!

24. Februar 1908.

---

[1] Ich drücke langsam mit der rechten Hand die Finger der flach angelegten linken Hand gegen das Colon descendens und lasse so die Hand aufwärts gegen die linke Flexur gleiten.

II.

Chemische Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. Josef Lévai: „Über Sterilisation der Metallinstrumente“.

Von

Dr. phil. Leopold Spiegel,

Privatdozent und Assistent am pharmakologischen Institut der Universität Berlin.

In dem genannten, in Nr. 5 dieses Zentralblattes erschienenen Aufsatz gibt Herr Dr. Lévai zur Begründung praktischer Erfahrungen einige chemische Auseinandersetzungen. Da diese nicht ganz einwandsfrei sind, sei mir eine kurze Richtigstellung gestattet.

Durchaus nicht so zweifellos, wie es nach der apodiktischen Form scheinen könnte, ist der theoretische Satz: »Das Eisen rostet nur in Anwesenheit von Kohlensäure, Feuchtigkeit und Sauerstoff«. Vielmehr ist in den letzten Jahren von Dunstan[1] behauptet und gegenüber Zweifeln[2] durch mit aller Vorsicht angestellte Versuche zum mindesten wahrscheinlich gemacht worden, daß Kohlensäure wohl ein positiver Katalysator, aber nicht von wesentlicher Bedeutung für den Vorgang des Rostens sei. Diesen faßt D. vielmehr als eine Folge von Wasserstoffsuperoxydbildung auf und formuliert ihn demgemäß durch die Gleichungen

$$Fe + O_2 + H_2O = FeO + H_2O_2; \quad 2\,FeO + H_2O_2 = Fe_2O_2\,(OH)_2.$$

Die Zusammensetzung $Fe_2O_2\,(OH)_2$ hat nach seinen Analysen der gewöhnliche Rost.

Desgleichen hat Whitney[3] festgestellt, daß die Gegenwart von Kohlensäure für das Rosten nicht erforderlich ist, daß vielmehr die von ihm als primärer Vorgang angenommene Lösung von Eisen in Form von Ferroionen lediglich von der Konzentration der Wasserstoffionen abhängt und daher auch in reinem Wasser vor sich geht, während gelöste Kohlensäure wenigstens in siedendem Wasser die Konzentration der H-Ionen eher herabsetzt als vermehrt.

Schließlich haben Schleicher und Schultz[4] neuerdings die Auffassung des Rostens als elektrochemischen Vorgang begründet.

Selbstverständlich ist von Herrn Dr. Lévai nicht die Kenntnis der neuesten chemischen Literatur zu verlangen, und ich habe das Vorstehende mehr der Vollständigkeit wegen erwähnt. Auch wird ja ein fördernder Einfluß der Kohlensäure fast allseitig zugegeben. Anders steht es aber mit der Behauptung: »Na_2CO_3 verhält sich dem Rosten gegenüber ganz indifferent, bindet die Kohlensäure des Wassers nicht«. Welche Theorie des Rostens man auch annehmen will, der vorstehende Satz bleibt in seinem ersten Teile falsch, wie er es nachweislich im zweiten ist. Ist es doch bekannt, daß Na_2CO_3 in Lösung CO_2 recht energisch unter Bildung von $NaHCO_3$ bindet. Allerdings gibt Natriumbikarbonatlösung beim Erhitzen CO_2 ab, aber diese entweicht, und auch das hierbei entstehende Na_2CO_3 dissoziiert bei stärkerem Erhitzen weiter unter Bildung von NaOH, also gerade von dem Stoffe, dem auch Lévai Schutzwirkung gegen das Rosten zuschreibt.

---

[1] Dunstan, Proceedings of the chemical society of London XIX, 150; XXI, 231; XXIII, 63.

[2] Moody, ebenda XXII, 101; XXIII, 84.

[3] Whitney, Journal of the American chemical society XXV, 394.

[4] Schleicher und Schultz, Stahl und Eisen XXVIII, 50.

Diese letzte Dissoziation ist nach Küster und Grüters[5] schon bei 90° bequem meßbar. Natriumkarbonat zersetzt ferner H_2O_2 und drückt auch die Konzentration der H-Ionen herab. Es muß also, wenn irgendeine der vorher erwähnten Theorien des Rostprozesses zu Recht besteht, eine Schutzwirkung ausüben. Dies ist in der Tat, entgegen der Angabe von Lévai, der Fall, und gerade diese Wirkung des Natriumkarbonats und verwandter Stoffe bildet eine Grundlage aller dieser Theorien. Dunstan führt ausdrücklich Na_2CO_3 unter den Verbindungen an, welche auch bei mehrjähriger Einwirkung das Rosten verhindern; nach seiner Angabe wirkt selbst $NaHCO_3$ noch hindernd, wenn mehr als 1% in der Lösung vorhanden ist. Richtig ist natürlich, daß NaOH mehr CO_2 bindet als Na_2CO_3 (etwa $2^1/_2$mal soviel), daher noch wirken kann, wenn bei gleicher Konzentration Na_2CO_3 (etwa durch mit den Instrumenten eingeführte Säuren) bereits infolge völligen Überganges in $NaHCO_3$ unwirksam wird.

Nebenbei sei noch bemerkt, daß das feste NaOH nicht Natronlauge, sondern Natriumhydroxyd oder Natriumhydrat, vulgär Ätznatron, heißt, als Lauge aber erst die Lösung dieses festen Körpers bezeichnet wird.

---

24) Transactions of the American Surgical Association. Vol. XXV. Herausgegeben von Richard H. Harte.

Philadelphia, **W. J. Dornan,** 1907.

Aus den Abhandlungen heben wir folgende hervor:

J. M. T. Finney (Baltimore) wandte in zwei Fällen von kongenitaler Lues, bei denen das Knochengerüst der Nase nebst Septum zugrunde gegangen war, um äußere Narbenbildung zu vermeiden, mit gutem Erfolge die Rhinoplastik mit dem linken Ringfinger an.

Die Methode ist in Kürze folgende: Der linke Ringfinger wird gründlich des Nagels samt Matrix beraubt, die Haut der Kuppe wird im Umkreise von ca. 1 cm entfernt, ebenso die des Fingerrückens bis zum distalen Ende der Grundphalanx, dann wird die Nasenhaut gelöst und gedehnt, die Innenseite in der Mitte rund gemacht. Der Finger wird eingepflanzt, so daß die Kuppe auf dem Stirnbeine ruht; einige Nähte fixieren die Nasenspitze an die Haut der Grundphalanx. Nach 2wöchiger Fixierung wird der Finger im Metacarpophalangealgelenke exartikuliert; nach 3 Wochen wird das freie Ende der Grundphalanx auf die getrennten Weichteile über der Spina nasalis des Oberkiefers festgenäht.

Die fehlende knöcherne Verheilung hält F. wegen der daraus resultierenden Beweglichkeit der Nase für vorteilhaft.

C. H. Mayo (Rochester) empfiehlt auf Grund von 375 Kropfoperationen ein besonderes Verfahren zur Erhaltung der hinteren Kropfkapsel bei der Thyreoidektomie. Die Kapsel soll, nachdem ein Lappen vor die Wunde gebracht ist, auf der Seitenfläche der Drüse gespalten und mit Gaze zurückgestreift werden, während die Drüse allmählich nach der Mitte zu gewälzt wird. Längsverlaufende Stränge sowie drüsenartige Körper sind sorgfältig zu schonen. Drainage wird nur bei sehr großen Wundhöhlen und Hyperthyreoidismus angewandt. M. sah nur einmal sehr leichte Tetanie in seinen Fällen.

W. S. Halsted (Baltimore) bemerkt in der Diskussion, daß auch bei Mayo's Verfahren die Gefäßversorgung der Parathyreoideae gefährdet sei. Er will eine Scheibe Schilddrüsensubstanz über der letzten Verästelung der Arteria thyreoidea inferior zurücklassen und meidet die Ligatur des Stammes der Thyreoidea superior.

Besonderes Interesse verdient W. S. Halsted's (Baltimore) Vortrag über die Resultate seiner Methode der Operation des Brustkrebses:

---

[5] Küster und Grüters, Ber. d. D. chem. Gesellschaft XXXVI, 748; vgl. auch Brand, Zeitschr. f. d. ges. Brauwesen XXVII, 456.

		Geheilt	3 Jahre geheilt
Achsel und Hals negativ	60 Fälle	45 = 75%	51 = 85%
Achsel positiv, Hals negativ	110 »	27 = 24,5%	34 = 31%
Achsel und Hals positiv	40 »	3 = 7,5%	4 = 10%
	Summa 210 Fälle		

H. macht neuerdings die Halsoperation in den meisten Fällen. Er rät sie an bei palpablem Befunde am Halse, wenn die Kuppe oder die mittlere Region der chirurgischen Achsel erkrankt ist. Die Halsoperation erhöht die Mortalität p. op. nicht wesentlich.

Die Kenntnis der Krebsverbreitung entlang den Fascien ist noch lückenhaft, fast alle Metastasen kommen auf diesem Wege zustande.

Krebscysten sind auf dem Operationstische besonders schwer zu erkennen, eine Nachoperation kommt stets zu spät.

Diagnostisch ist die Verkürzung der Bindegewebszüge von Tumor zu Haut wichtig, ebenso die Erkennung der Elastizität kleiner Cysten in fibrösen Mammae.

Bei der Operation soll reichlich Haut, subkutanes Fett und Fascie, sowie die Fascien vom oberen Teile des Rectus, Serratus anticus, Subcapsularis, bisweilen vom Latissimus dorsi und Teres major entfernt werden. H. warnt, unvollkommene Operationen mit dem Messer zu machen.

Weitere Vorträge über das Brustdrüsenkarzinom, z. T. in diesem Blatte referiert, wurden von Greenought, Simmons, Barney, A. T. Cabot (Boston), J. C. Munro (Boston), F. S. Dennis (Neuyork), W. Meyer (Neuyork), L. S. Pilcher (Neuyork), A. van der Veer (Neuyork), A. J. Ochsner (Chicago), N. Jacobson (Syracuse), J. C. Oliver (Cincinnati), A. F. Johas (Omaha), J. Ransohoff (Cincinnati) gehalten. Die Vorträge enthalten z. T. sehr interessante Kasuistik.

An sie schließt sich eine ausgiebige Diskussion.

A. Maclaren: Über Prostatektomie. Die gelegentlich nach suprapubischer Prostatektomie sowie nach hohem Blasenschnitt auftretenden Eiterungen im prävesikalen Raume lassen M. perineales Vorgehen im allgemeinen vorziehen. Durch perineale mediane Inzision wird die Urethra prostatica geöffnet, Untersuchung der Blase mit dem Finger; unter Führung des Fingers wird ein ca. zollanger Schnitt in die Seitenwand der Harnröhre gemacht, so daß die Prostatakapsel ergiebig gespalten ist. Der vergrößerte Lappen wird stumpf mit dem Finger ausgeschält.

W. J. Mayo: Über erworbene Divertikulitis am Dickdarme, gruppiert seine Fälle:

1) solche mit Bildung eines intraperitonealen Abszesses, der spontan in ein benachbartes Eingeweide durchbricht oder operativ nach außen entleert wird;

2) Fälle, die zu akuter oder chronischer Verstopfung führen;

3) solche mit spontaner Heilung.

Die Therapie ist vom Befund abhängig: freie Drainage, Anlegung einer Kotfistel, sekundäre Resektion. Bei beträchtlicher Geschwulst und länger dauernden Symptomen primäre Resektion. Die Geschwülste werden oft mit Karzinom verwechselt. Als Divertikulitis sind die Fälle mit akuter Entzündung der Schleimhaut im Divertikel, als Peridivertikulitis die chronischen Entzündungen der Subserosa um die Divertikel zu bezeichnen. Die Fälle sind vom pathologisch-anatomischen (L. B. Wilson) und vom klinischen Standpunkte betrachtet (H. Z. Giffin). Treffliche Abbildungen sind beigefügt.

G. E. Brewer berichtet über mehrere Fälle linksseitiger Baucheiterungen, die durch Divertikulitis veranlaßt waren.

F. H. Gerrish schildert einen Darmverschluß durch ein Meckel'sches Divertikel, bei dem das Divertikel vom freien Rande des Ileum kam, sich von rechts nach links durch eine bogenförmige Lücke im Mesenterium zwängte, sich dann aufwärts bog und durch einen dünnen Strang an die Bauchwand befestigt war.

H. Cushing: 1) Wegen Tic convulsif war bei einer Pat. der N. facialis am For. stylomastoideum durchtrennt worden. 1 Jahr später Anlegung einer Anastomose zwischen Accessorius und peripherem Facialisstumpf. Pat. hatte einen beträchtlichen Grad psychischer Kontrolle der mimischen Muskulatur wiedergewonnen. Die Krämpfe kehrten nicht wieder.

2) Wegen genuiner Trigeminusneuralgie mit Anfang im ersten Ast, Erkrankung des zweiten Astes und beginnende Schmerzen im dritten nahm C. die Ganglionoperation vor. Neuerdings entfernt er nicht mehr das Ganglion, sondern trennt die sensorische Wurzel von der Brücke. Die Operation wird am hinteren Ende des Ganglion ausgeführt, zwischen dem Mandibularast und der A. meningea. Hier wird das Ganglion freigelegt, dann wird ein besonders gebogenes stumpfes Instrument unter und um die sensorische Wurzel geschoben (öfters kann die Wurzel nicht klar zu Gesicht gebracht werden), und dann die Wurzel nach vorn gezogen und vom Pons abgerissen. Das Ganglion bleibt in seinem Bett, der Ram. ophthalmicus und maxillaris wird nicht freigelegt.

L. Freeman macht einen neuen bedeutungsvollen Vorschlag zur Behandlung von ischämischer Paralyse. Die Rolle, welche die Nerven bei dieser Paralyse spielen, ist noch wenig bekannt. Primäre Neuritis durch Druck im Verein mit ungenügender Blutzufuhr ist nicht selten. Eine sehr wichtige Rolle kommt der Narbenkontraktur der Muskeln zu, welche die Nerven bis zur Zerstörung der Funktion schädigen kann. Oft finden sich an der Druckstelle unregelmäßige und knotenartige Veränderungen, während die Nerven oberhalb dick und kongestioniert sind. Daraus resultieren die verschiedensten sensorischen und trophischen Störungen.

Mit Vorliebe wird der Medianus geschädigt, wo er den Pronator teres passiert; der Ulnaris zwischen den beiden Portionen des Flexor carpi ulnar., der tiefe Radialiszweig, wo er den Supinator brevis passiert. Wenn bei der bisher üblichen Behandlung der Kontraktur mit Massage usw. nicht bald die Nervenfunktion sich wieder herstellt, so sollen die Nerven freigelegt und event. aus den Narben herausgelagert werden. Drei Fälle sind der Arbeit beigefügt, die sehr für F.'s Ansicht sprechen.

J. Kammerer berichtet über ein mit vorzüglichem Erfolge nach Kocher's Vorgehen der temporären Resektion beider Alveolarfortsätze der Oberkiefer geheiltes Fibroid des Cavum nasopharyngeale. Beide äußeren Carotiden waren präliminar unterbunden.

O. H. Allis stellt eine neue Theorie über die angeborene Hüftverrenkung auf. Sie ist nach seiner Ansicht traumatisch, wird durch die Kontraktionen des Uterus während der Geburt hervorgerufen. Die gebeugte Haltung der Beine in utero ermöglicht das Zustandekommen der Verrenkung; weibliche Kinder haben wegen des intra-uterinen Druckes die Oberschenkel mehr schräg als männliche; sie haben ferner kürzere Oberschenkel und sind dadurch mehr disponiert. A. gibt eine eigene Methode der Reposition an. Kranepuhl (Kassel).

---

35) Bushnell. Bone abscess due to a bacillus allied to B. paratyphosus.

Brit. med. journ. 1907. December 21.

Bericht über einen Fall von akuter eitriger Periostitis der Tibia bei einem 41jährigen Manne, der 5 Wochen zuvor einen leichten »typhoiden« Anfall gehabt hatte. Der Eiter enthielt den Bac. paratyphosus, dessen bakteriologischer Nachweis sehr sorgfältig geführt wurde. Heilung. Weber (Dresden).

36) Fothergill. A case of septicaemia with interesting reactions to treatment and recovery.

Brit. med. journ. 1907. December 21.

F. bringt hier seine eigene Krankengeschichte. Er infizierte sich während der Operation einer septisch-[illegible] am Fingernagel. Trotz sofort unter-

nommener Maßnahmen wie freier Blutung, Betupfen mit reiner Karbolsäure, Umschlägen usw. bekam er am 4. Tage Schüttelfröste unter Entwicklung schwerer Allgemeinerscheinungen. Am 9. Tage wurden bei einer Inzision Streptokokken in Reinkultur nachgewiesen. Während der drei nächsten Tage Einspritzung von je 10 ccm Antistreptokokkenserum und langsamer Rückgang aller Erscheinungen. Heilung unter Verlust des Fingers. **Weber** (Dresden).

27) **White and Proescher.** Experimental lymphatic spirillosis in guinea-pigs.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 24.)

Früher bereits haben Verff. über Spirochätenbefunde bei Hodgkin'scher Krankheit berichtet, wie bei Fällen von akuter lymphatischer Leukämie und chronischer gutartiger Lymphomatosis in dem durch Aspiration aus den Lymphdrüsen gewonnenen Saft.

Die Verff. hatten von diesen Lymphdrüsen auch Material entnommen, und Meerschweinchen damit infiziert zur Untersuchung auf Tuberkulose. Indessen fanden die Untersucher aber, daß sich statt dessen ein Geschwür an der Infektionsstelle und Drüsenschwellungen der betreffenden Körperregion entsprechend entwickelt hatten, ebenfalls mit Spirochäten in großer Menge. Weitere Übertragung auf gesunde Meerschweinchen gelang ebenfalls. Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

28) **J. C. Ohlmacher.** Some cases of acute and chronic infection treated by Wright's »vaccine« method.

(Amer. journ. of surgery 1907. Dezember.)

Mitteilung verschiedener, sehr bemerkenswerter Fälle von Opsoninbehandlung: Drei lokale Staphylokokkeninfektionen, und zwar Akne durch Staphyl. albus und Furunkulose durch Staphyl. aureus bedingt und Karbunkel; schwere allgemeine Streptokokkeninfektion mit Streptokokkenpneumonie, Streptokokkenphlegmonen des Fußes und Erysipel, Nierenabszeß, durch Bac. coli bedingt, endlich Mittelohreiterungen durch Streptokokken, Pyocyaneus und Streptokokken mit Proteus vulgaris.

Die Anzahl der Injektionen und die Dauer der Behandlung wechselte. Akute Fälle reagierten prompt, aber auch chronische; z. B. wurde eine 25 Jahre dauernde Mittelohreiterung geheilt. Die Technik ist die Wright'sche.

Goebel (Breslau).

29) **McLennan.** The treatment of microbic invasions by Bier's hyperaemia.

(Practitioner 1907. Oktober.)

30) **Flett.** The treatment of some inflammatory conditons by Bier's method.

(Ibid.)

Beide Arbeiten beschäftigen sich in eingehender Weise mit der Behandlung akut entzündlicher Prozesse mittels Bier'scher Stauung. Beide Autoren sind begeisterte Anhänger dieser Methode und empfehlen selbige unter Erläuterung der Anwendungsweise dem praktischen Arzt aufs dringendste. Einzelne Krankengeschichten sind den Arbeiten beigefügt. **Jenckel** (Göttingen).

31) **K. K. Heinrichsen.** Über die Behandlung akuter und subakuter chirurgischer Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 48—51.)

178 Fälle aus dem Petersburger Obuchowkrankenhaus: Furunkel, Panaritien 36, Phlegmone 31, Mastitis 15, Unterkieferperiostitis 5, eitrige Lymphadenitis 16, komplizierte Frakturen 3, eitrige Tendovaginitis 17 (die Hälfte davon schwere, ver-

nachlässigte Fälle mit Streptokokken- oder gemischter Infektion; 1mal Tod an Anämie, 1mal Nekrose der Sehne, 12mal vollständige Wiederherstellung der Funktion, 3mal bewegliche Finger); akut gonorrhoische Arthritis 6, Rheumatismus 5; Karbunkel 10; eitrige Otitis media 7; Aktinomykose 2 (rasche Heilung hartnäckiger Fisteln); eitrige Schleimbeutelentzündung 3; Osteomyelitis 2 (Erfolg nach 10 Tagen resp. 4 Wochen); Angina phlegmonosa 1, Parulis 3, Bubonen 2; unreine Wunden — prophylaktisch 2; Infektion von reinen Wunden 12mal. In vielen Fällen wurden nur Dank der Hyperämie sehr gute Resultate erzielt. Ausgezeichnet wirkt die Methode bei unreinen und infizierten reinen Wunden.

Die wichtigsten Fälle werden in Form von 142 Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt, mehrere Fälle von Sehnenscheideneiterung durch Temperaturkurven illustriert.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

32) de Ahna. Beitrag zur Frage der prophylaktischen Serumtherapie des Tetanus.

(Medizinische Klinik 1907. p. 1426.)

In Berlin scheint Starrkrampf im Anschluß an verunreinigte Verletzungen selten zu sein. Im Krankenhause Bethanien (Martens) ist deshalb in den letzten $3^1/_2$ Jahren nur bei den (70—80) Verletzungsfällen, bei welchen nach der Entstehungsart oder dem Aussehen der Wunde mit der Möglichkeit einer Tetanusinfektion gerechnet werden mußte, eine sofortige Schutzimpfung unter die Haut (20 Antitoxineinheiten) vorgenommen worden. Niemals trat Starrkrampf auf. — Ein Kranker wurde versehentlich bei der Aufnahme nicht gespritzt; bei ihm zeigten sich bereits am 4. Tage die ersten Starrkrampferscheinungen. Durch kräftige und wiederholte Einspritzungen konnte der ungünstig aussehende Fall geheilt werden. Desgleichen bewährte sich die Serumbehandlung bei einem mehr chronisch verlaufenden Falle. Indessen ging ein dritter Kranker, an dessen offenen Unterschenkelbruch sich Starrkrampf anschloß, trotz subkutaner und endoneuraler Einbringung des Serums zugrunde.

Das Tetanusserum ist sowohl zur Verhütung des Starrkrampfes — in der Form einer einmaligen sofortigen Einspritzung von 20 Antitoxineinheiten unter die Haut in der Nähe der zweckmäßig zu behandelnden Wunde — als auch zur Behandlung des ausgebrochenen Leidens zu empfehlen.

Georg Schmidt (Berlin).

33) A. Hirsch (Magdeburg). Die Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Wiener klin. Rundschau 1907. Nr. 51 u. 52.)

Bei seinen Studien über die Skopolamin-Morphiumnarkose ist Verf. zu der Anschauung gelangt, daß diese Injektionen als alleinige Narkosenmethode keine Zukunft haben. Die Wirkung ist zu unsicher, und höhere Dosierung verbietet sich wegen der Vergiftungsgefahr. Von 33 Fällen konnten nur sieben als reine Skopolamin-Morphiumnarkosen durchgeführt werden, oft ist Äthernarkose zu Hilfe zu nehmen. Die Nacherscheinungen sind gering. Die lange Dauer des Schlafes nach der Operation kann unerwünschte Nebenwirkungen haben, indem bei Operationen im Munde Aspiration von Blut usw. leichter unvermerkt eintritt.

Schmieden (Berlin).

34) L. Durand. La scopolamine, anesthésique général, en chirurgie infantile.

Thèse de Paris, 1907.

Verf. lobt die Vorzüge der Skopolamin-Morphineinspritzungen als allgemeines Anästhetikum in der Chirurgie des Kindes. Dasselbe hat den Vorteil, die zur Narkose notwendige Chloroformmenge auf ein Minimum zu reduzieren, die Furcht und Aufregung vor der Operation zu beseitigen, folglich auch die Gefahren einer Synkope. Die kleinen Pat. sind nach der Operation ruhig, brechen nicht, haben keine oder nur wenig Mydriasis und keine Kontrakturen der Bauchmuskeln. Die

bei Kindern im Alter von 4—15 Jahren gemachten Beobachtungen haben sogar gezeigt, daß Kinder das Mittel besser vertragen als Erwachsene. Die für die subkutane Injektion empfohlene Lösung enthält 1 mg Skopolamin und 1 cg Morphin per Kubikzentimeter. Hiervon wird durchschnittlich $^1/_2$ ccm eingespritzt, doch kann man auch bis zu einem ganzen Kubikzentimeter gehen. Etwa $1^1/_2$ Stunde nach der Einspritzung wird die Chloroformnarkose eingeleitet.

E. Toff (Braila).

35) **J. Preindlsberger.** Neue Mitteilungen über Rückenmarksanästhesie.

(Wiener klin. Rundschau 1907. Nr. 46—48.)

P. ist ein Anhänger der Bier'schen Lumbalanästhesie; er hat gute Erfahrungen damit gemacht in Fällen, wo wegen mangelnder Assistenz eine Narkose gar nicht durchführbar war, und der rettende Eingriff nur durch die Rückenmarksanästhesie ermöglicht wurde. Als einen Nachteil hat er es gelegentlich empfunden, daß nach der Injektion keinerlei Änderung in der Dosierung mehr möglich ist. Häufig verlangten P.'s Pat. aus Scheu vor der Narkose ausdrücklich die Spinalanästhesie und gaben den Eingriff nur unter dieser Bedingung zu.

Alle Nacherscheinungen und Nebenwirkungen hat Verf. möglichst rigoros notiert. Aus seinen letzten 139 Fällen schließt er, daß Novokain sehr gut verwendbar ist, wesentlich besser aber noch das Tropakokain in Liquor cerebrospinalis gelöst. Die Nacherscheinungen werden bei stetig verbesserter Technik dauernd geringer, und so ist auch dem Verf. die Methode stets wertvoller geworden. (Es folgen die kurzen Krankengeschichten sämtlicher Fälle.)

Schmieden (Berlin).

36) **Kida.** Beobachtungen über die Kokainisierung des Rückenmarkes nach Bier.

(Tokio Tgakkwai-Zasshi Bd. XXI. Hft. 20.)

Verf. hat an 307 Fällen Beobachtungen angestellt und hält dies Verfahren in allen Fällen als geeignet für Operationen am Körper abwärts von der Achselhöhle. Lebensgefährliche und unangenehme Nebenerscheinungen kommen nicht vor. Bei der Injektion ist auf die streng aseptische Ausführung zu achten. Tropakokain ist als Anästhesierungsmittel wohl allen anderen vorzuziehen. Die Injektion wird am besten am sitzenden Pat. vorgenommen zwischen dem 3. und 4. oder dem 2. und 3. Lendenwirbel-Dornfortsatze. Vor dem Einspritzen wurde die betreffende Gegend 5 Minuten lang mit Mikulicz'scher Seife gerieben, dann mit einem Gemisch von Salpetersäure, Äther und Alkohol und darauf mit einer 1‰igen Sublimatlösung gewaschen.

Kommen Übelkeit, Erbrechen oder sonstige unangenehme Beschwerden während der Operation vor, so wird der Kopf hoch gelagert und ein Eisbeutel darauf gelegt, event. auch ein stimulierendes Mittel verordnet. Bei sehr nervösen Pat. wird Skopolamin-Morphium vor der Operation subkutan eingespritzt. Nach der Operation ist absolute Ruhelage nötig; das Aufstehen wird dem Pat. erst nach 3 Tagen gestattet.

Oshida (Tokio, Berlin).

37) **A. Schlesinger.** Operative Behandlung traumatischer Meningitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

Bei dem 57jährigen Pat. handelte es sich um eine geschlossene meningeale Phlegmone, die durch eine Mauersteinverletzung entstanden war. Bei der ersten Operation fand sich ein Splitterbruch; Extraktion eines Sequesters und Enfernung des eitrig infiltrierten Knochens der Umgebung. Da die Dura andauernd keine Pulsation zeigte und nach einer seröse Flüssigkeit unter starkem Druck entleerenden Lumbalpunktion Verschlechterung auftrat, sich Krämpfe einstellten, wurde wegen der Annahme Hirnabszeß oder Meningitis nochmals trapaniert. Die eitrige Osteomyelitis war fortgeschritten, der Knochen mußte in ganzem Umfange fort-

genommen werden. Durapunktion ergab klaren Liquor. Trotzdem Zunahme der Somnolenz. Deshalb dritte Operation: Freilegung des Armzentrums; es zeigte sich eine handtellergroße meningeale Phlegmone, d. h. Eiter zwischen Dura und Arachnoidea und feste eitrige Infiltration der weichen Hirnhäute. Auffallenderweise trat kein Hirnvorfall auf, vielmehr nach weiterer Fortnahme von eitrig infiltrierten Knochenpartien Heilung ein. Der ganze Defekt (17 : 14 cm) wurde durch Plastik vom Schädel bis auf ein fünfmarkstückgroßes Stück geschlossen.

Da die Lumbalpunktion eine Verschlimmerung brachte, gibt S. den Rat, bei Verdacht auf Meningitis gerade nur soviel Zerebrospinalflüssigkeit abzulassen, als zur Sicherstellung der Diagnose unbedingt notwendig ist. — Der mitgeteilte Fall ist der dritte durch Operation geheilte von fester eitriger Infiltration der weichen Häute. S. glaubt als bestes Operationsverfahren die rücksichtslose Freilegung des erkrankten Bezirkes empfehlen zu müssen. Hierdurch wird ein Hirnvorfall, der bei kleinen Öffnungen sicher auftritt, verhindert. Eine kurze Tamponade genügt bei normalen Wundverhältnissen vollkommen. Ausspülungen des Subduralraumes verwirft Verf. **Langemak** (Erfurt).

38) **Boswell.** A case of cerebro-spinal meningitis with immediate recovery after trephining.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 28.)

Ein 5jähriges Kind erkrankt nach scharlachartigem Beginn an einer ausgesprochenen Zerebrospinalmeningitis. Am 41. Tage Lumbalpunktion und Züchtung von Diplokokken aus der leukocytenreichen Punktionsflüssigkeit. Zunehmende Verschlechterung. Am 58. Tage Trepanation im rechten Scheitelbein und Drainage des subarachnoidealen Raumes. Entleerung bedeutender Flüssigkeitsmengen in den nächsten Tagen und schnelle Heilung mit voller Wiederherstellung der geistigen Kräfte. B. meint die Anlegung einer Knochenlücke in solchen Fällen von starkem Druck bei der Meningitis empfehlen zu dürfen. **Weber** (Dresden).

39) **H. C. Cameron.** A note on so-called »metastatic pulmonary cerebral abscess«.

(Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Hirnabszesse treten öfter im Anschluß an Eiterungen der Brusthöhle auf, von Empyem, Lungenabszeß oder bronchiektatischen Kavernen ausgehend. Diese metastatischen Abszesse — in einem Falle wurde im Eiter Lungenpigment nachgewiesen — sind von den pyämischen zu trennen, und da sie meist solitär sind, einer Operation zugänglich. Unter 97 Sektionsfällen von Hirnabszeß ließen sich 17 auf Thoraxeiterungen zurückführen, davon hätten 5 vielleicht durch Operation gerettet werden können, da sich die Abszesse ziemlich gut lokalisieren ließen.

Deetz (Homburg v. d. H.).

40) **C. Thomson.** A clinical lecture on a case of cerebral tumour associated with subjective sensations of smell.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 21.)

Der genau beschriebene Fall hat ein doppeltes Interesse, einmal wegen der im Vordergrunde stehenden abnormen Geruchsempfindungen, die es erlaubten, den Sitz der Geschwulst in die Gegend des Gyrus uncinatus im Lobus temporo-sphenoidalis zu verlegen und zweitens wegen der sehr frühzeitig auftretenden Neuritis optica, die schließlich durch ihr Fortschreiten bei sonst gutem Befinden zur Trepanation zwang. Die Operation, die keine Geschwulst an der vermuteten Stelle, wohl aber sehr beträchtlichen Hirndruck ergab, hatte den erwünschten Erfolg, daß die Neuritis optica in einigen Wochen verschwunden war. Der Fall wird als Beweis für die Richtigkeit des Satzes angeführt, daß man in manchen Fällen von Hirngeschwulst mit Druckerscheinungen unbedingt die palliative Trepanation ausführen muß. **Weber** (Dresden).

41) **Oppenheim und Borchardt.** Über zwei mit Erfolg operierte Fälle von Geschwulst am Kleinhirnbrückenwinkel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 28.)

Die Diagnose wurde im ersten Falle bei einem 26jährigen Manne auf Grund des eingehend geschilderten Befundes auf endokranielle Neubildung in der hinteren Schädelgrube, wahrscheinlich im rechten Kleinhirnbrückenwinkel gestellt. Im zweiten Falle wurde eine Neubildung in der linken hinteren Schädelgrube an den Wurzeln des Facialis und Acusticus angenommen. — In beiden Fällen wurde die Freilegung der betreffenden Kleinhirnhälfte vorgenommen, und zwar in 2 Sitzungen. In der ersten wurde ein viereckiger Weichteilslappen, der bis 4 cm oberhalb der Protuberantia occipit. ext. reichte, abpräpariert und der Knochen über der hinteren Schädelgrube entfernt, in der zweiten einige Tage später die Dura eröffnet und die Geschwulst ausgelöst. In beiden Fällen wurde die Geschwulst (Fibrosarkom und Fibrom) an der vermuteten Stelle gefunden; der erste Pat. wurde trotz vorhandener schwerer Symptome geheilt, der zweite am Leben erhalten und gebessert, doch blieben die Sehnervenatrophie und deshalb Blindheit, Lähmung des linken Facialis und zerebrale Herdsymptome bestehen. B. teilt noch einen dritten Fall mit, der tödlich endete. Von 6 vom Verf. operierten Pat. (Geschwülsten am Kleinhirnbrückenwinkel) sind 3 am Leben. — Es handelte sich immer um lebensgefährliche Eingriffe, deren Schwierigkeiten sich nicht vorhersehen lassen. Die Erfolge, welche schon jetzt gelegentlich recht schöne sind, werden bei weiterer Ausgestaltung der Technik noch bessere werden. Je kleiner die Geschwulst, um so eher wird eine radikale Enfernung möglich sein. Je früher die Diagnose gestellt wird, um so besser sind die Aussichten auf Erhaltung des Sehvermögens.

Langemak (Erfurt).

42) **Auerbach und Grossmann.** Zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung der Kleinhirncysten.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Unter der Diagnose einer Geschwulst in der linken hinteren Schädelgrube wird die letztere osteoplastisch so freigelegt, daß auch ein Teil des rechten Kleinhirns übersehen werden kann; starke Blutung aus dem linken Sinus transversus. Nach 14 Tagen wird im Skopolamin-Morphium-Dämmerschlaf die Dura gespalten und eine Cyste des linken Kleinhirns von Größe eines kleinen Apfels enukleiert. Nach glatter Heilung kann Pat. seinem Berufe nachgehen; nur unbedeutende Störungen blieben zurück. Der Ursprung der Cyste ist wohl am wahrscheinlichsten auf eine kongenitale Anomalie — cystische Erweiterung einer sackförmigen Ausstülpung des vierten Ventrikels — zurückzuführen. **Haeckel** (Stettin).

43) **A. Buschke.** Über symmetrische Schwellung der Schläfen und Wangen, hervorgerufen durch lymphocytäre Infiltrate in Muskulatur, Periost und Schleimhaut.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXIV. p. 153.)

Bei einem sonst gesunden, kräftigen Manne von 24 Jahren beobachtete B. eine Ulzeration an der rechten Wange, der eine lymphocytäre Infiltration zugrunde lag. Das Infiltrat breitete sich allmählich aus in die Breite und Tiefe und griff auf die Muskeln über. Zu gleicher Zeit wurde auch die Haut, Muskulatur und symmetrisch das Periost der Schläfengegend ergriffen. Auch die Wangenschleimhaut zeigte analoge Veränderungen. Von Zeit zu Zeit trat ein Ödem der kranken Partien auf, verbunden mit Rötung und Temperatursteigerung bis 40°. Nach einigen Tagen erfolgte Abklingen dieser Erscheinungen, und nach dem Anfalle war eine Involution der Geschwulstpartien zu konstatieren. Später erlag Pat. einem solchen Anfall unter Trübung des Sensoriums, Durchfällen und Blutungen unter die Haut und in die inneren Organe. Blutbefund ohne Belang. Bei der Sektion zeigte sich keine Veränderung der Organe, die das Krankheitsbild erklären könnte.

B. ist geneigt, das Krankheitsbild mit den leukämischen Affektionen in Zusammenhang zu bringen und erblickt eine Analogie desselben in der Mikulicz-schen Krankheit. **M. Winkler** (Luzern).

44) E. Glas. Beiträge zur Pathologie der Nasenchondrome. (Aus der Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 46.)

Die Nasenchondrome sind außerordentlich selten.

Mitteilung zweier Fälle, deren Einzelheiten die Annahme gerechtfertigt erscheinen lassen, daß die Nasenchondrome auf embryonale Anlage zurückzuführen und in bezug auf Prognose den bösartigen Geschwülsten an die Seite zu stellen sind. **Renner** (Breslau).

45) M. B. Fabrikant. Zur Frage der operativen Heilung der Ankylosis mandibulae vera.

(Sonderabdruck a. d. Charkower med. Journal 1907. [Russisch.])

Es handelt sich um einen 18jährigen Pat., der vor 8 Jahren im Verlauf eines Scharlach Otitis media mit Mastoiditis bekam, die langsam unter Sequestrierung heilte. Im Verlaufe des Ohrleidens begann auch eine stetig zunehmende Minderung der Beweglichkeit des Unterkiefers. Als die Eiterung aufhörte, war der Kiefer fast unbeweglich, Pat. konnte die Zähne ca. $^1/_4$ cm voneinander entfernen. In diesem Zustande kam er zu F., der beträchtliche Atrophie der linken Mandibulahälfte und Ankylose links fand.

Operation: Schnitt 1 cm vor dem hinteren Rande des Astes. Die Parotis wurde nach hinten geschoben, die Mm. masseter und pterygoideus int. unterminiert. Dann wurde mit einem breiten Meißel ein gerades, 2 cm breites Stück aus dem Aste herausgeschlagen ohne die Ansatzstellen der genannten Muskeln zu verletzen. F. halbierte jetzt den Masseter derart, daß ein äußerer und ein innerer Lappen entstand. Der innere Lappen wurde unten abgeschnitten und an den M. pterygoideus internus genäht, so daß der ganze durch den Meißel gesetzte Spalt von einer Muskelschicht erfüllt war.

Pat. konnte nach dem Erwachen aus der Narkose den Mund bis $2^1/_2$ cm öffnen, nach 10 Tagen bis 3 cm. Schmerzen hatte er nur bei forcierter Öffnung, und zwar rechts: offenbar war das Gelenk durch den langen Nichtgebrauch »steif« geworden. **V. E. Mertens** (Kiel).

46) Hirt. Zur doppelseitigen temporären Gaumenresektion nach Partsch.

Inaug.-Diss., Rostock 1906.

Krankengeschichte eines 18jährigen Mädchens, bei dem Müller wegen eines vom Siebbein ausgehenden, die linke Nasenhälfte und den Nasenrachenraum ausfüllenden Rundzellensarkoms die von Partsch 1898 empfohlene horizontale Resektion des Oberkieferalveolarfortsatzes ausführte. Die Übersicht war nach medianer Oberlippenspaltung eine vorzügliche, die Blutung nicht unbeträchtlich, aber gut zu beherrschen. Nach 14 Tagen konnte Pat. wieder alle Speisen kauen. 1 Jahr p. oper. rezidivfrei, ohne Beschwerden. Auf Grund dieses sowie weiterer acht in der Literatur gesammelter in extenso beschriebener Fälle mit ähnlichen guten Erfolgen empfiehlt Verf. das Partsch'sche Verfahren. **Vorderbrügge** (Danzig).

47) Springer. Der Erfolg der Uranoplastik bei der angeborenen Gaumenspalte.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

48) Schleissner. Die funktionelle Behandlung der angeborenen Gaumenspalte.

(Ibid. Nr. 48.)

Übersicht über das anatomische und funktionelle Resultat bei 46 nachuntersuchten Fällen. Die Besserung der Sprache hängt davon ab, wie der neugeschaffene weiche Gaumen und die Schlundmuskulatur (Passavant'scher Wulst) funktionieren.

Ein methodischer Sprachunterricht, wenn nötig mit Einlegung eines Obturators, gibt die besten Erfolge; er muß gleich nach der Operation begonnen werden, die am zweckmäßigsten im Alter von 4—6 Jahren ausgeführt wird, weil die Kinder früher dem Unterricht nicht folgen können. Wertvoll ist auch die Massage der Gaumen- und Rachenmuskulatur neben den Übungen. In mittelschweren Fällen braucht man 6—10 Wochen zu wesentlicher Besserung. Operative Eingriffe zur Besserung des sprachlichen Resultats bei sonst gut gelungener Uranoplastik verwirft S. Höchstens ist die Durchschneidung der vorderen und hinteren Gaumenbögen bei stark narbig retrahiertem Gaumen zulässig, um ihn beweglicher zu machen. Aus den durchschnittenen Arcus palatopharyngei lassen sich leicht zwei Läppchen bilden, die entweder hinter dem Zäpfchen miteinander oder mit den angefrischten Seiten der Uvula vereinigt werden (Arkusplastik). Sie verstärken das Gaumensegel und machen es geeigneter zum Anlegen an die hintere Rachenwand. **Gutzeit** (Neidenburg).

49) W. N. Heinatz. Über die retropharyngealen Tumoren.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Bei einer kritischen Durchsicht der Literatur, die zur Ausmerzung fälschlich hierher gerechneter Fälle führte, fand H. 34 Fälle retropharyngealer Geschwülste, denen er den 35. anfügen konnte. Von den 34 Fällen gehörten der deutschen Literatur 21 an, der nordamerikanischen und der englischen je 5, der russischen 2, der französischen 1.

Das Alter der Untersuchten schwankt zwischen $3^1/_2$ und 70 Jahren, wobei zu bedenken ist, daß viele sehr lange — bis zu 20 Jahren! — mit ihrer Geschwulst herumlaufen. Auf die Geschlechter verteilen sich die Fälle ziemlich gleichmäßig. Zum Arzt getrieben wurden die Kranken durch das Erscheinen einer Geschwulst außen am Halse, durch Atmungs- oder Schluckbeschwerden, Veränderung der Stimme, Trockenheit im Halse, am seltensten durch Schmerzen in der Geschwulst. Von den bei der Untersuchung gefundenen Symptomen stand im Vordergrund die häufig anfallweise, in keinem Verhältnis zur Größe der Geschwulst stehende Atemnot. 4mal mußte tracheotomiert werden, aber nur einmal ist der Kranke dadurch gerettet worden; die 3 anderen erstickten trotzdem nach kurzer Zeit. An zweiter Stelle standen die Veränderungen der Stimme, Schritt haltend mit dem Grade der Verlegung der Choanen. Schmerzen machen, wie es scheint, nur die schnellwachsenden bösartigen Geschwülste, was wenigstens einen kleinen Anhaltspunkt für die Differentialdiagnose gibt, die große Schwierigkeiten macht. Es steht nicht einmal fest, in welchem Zahlenverhältnis die bösartigen Geschwülste in Betracht kommen, da in den bisher mitgeteilten Fällen die anatomische Diagnose z. T. ganz ungenügend ist. Für die Therapie ist es glücklicherweise gleichgültig, da die Geschwülste in jedem Falle entfernt werden müssen.

Zu ihrer Exstirpation sind drei Wege begangen worden: 1) 14mal vom Munde aus, zuerst von Busch etwa 1857, 2) 3mal durch subhyoide Pharyngotomie, zuerst von Langenbeck etwa 1870, 3) 12mal von außen am Halse, zuerst von Heine 1877. Die beiden ersten Methoden sind völlig aufgegeben. Auch H. hat in seinem Falle von außen operiert. Er hat den Eindruck gewonnen, daß die Gastrostomie (zur Sicherung der postoperativen Ernährung) überflüssig sei, wogegen die Tracheotomie sich empfehle. Auch die Carotisunterbindung hält er für unnötig.

Dem 19jährigen Pat. waren vor 4 Jahren an der linken Halsseite einige Geschwülste entfernt worden, die schon 6 Jahre bestanden hatten. Vor einem halben Jahre bemerkte Pat. eine neue Schwellung an der alten Stelle, und zugleich wurde seine Sprache näselnd und die Atmung, später auch das Schlucken schwer. Links außen am Halse war eine bohnengroße Geschwulst hinter dem Kieferwinkel zu fühlen, eine zweite, pflaumengroße hing fest mit dem Ringknorpel zusammen. Wenn man den nach vorn gedrängten Zungengrund abwärts drückte, wurde der obere Pol einer zwischen Wirbelsäule und Rachen gelegenen Geschwulst sichtbar, die den Mesopharynx nach oben nicht ausfüllte, deren unteres Ende weder dem Auge noch dem Finger erreichbar war. Sie war elastisch, aber nicht fluktuierend,

war mit der Schleimhaut fest verbunden, gegen die Wirbelsäule leicht verschieblich. Die seitliche Grenze reichte rechts bis an die Tonsille, links ca. 1 cm hinter die Tonsille.

Pat. wurde tracheotomiert und 4 Wochen danach von H. vom vorderen Rande des linken Kopfnickers aus die Geschwulst ausgelöst, ohne daß die Schleimhaut verletzt wurde. An der Vorderfläche des Wirbels war eine Delle zu fühlen. Vom 3. Tage schluckte Pat. auch feste Speisen. — Die Drüse am Kieferwinkel wurde bei der Nachuntersuchung nach 10 Monaten nicht mehr gefunden; H. betrachtet sie als Begleiterscheinung der chronischen Pharyngitis.

Die gelappte Geschwulst (8 cm lang und 7 cm breit) bestand mikroskopisch aus »welligem Bindegewebe«, dessen Fasern nicht parallel, sondern senkrecht zu den Gefäßen angeordnet waren. V. E. Mertens (Kiel).

50) Forest. The surgery of the thoracic duct.

(Annals of surgery 1907. November.)

Der Ductus thoracicus endigt zuweilen in der Vena anonyma nicht als ein Stamm, sondern er löst sich, ein Delta bildend, in viele kleine Gefäße auf. Die Verletzungen des Milchganges bei Operationen sind nicht angenehm, da der Chylus wenig Neigung zur Gerinnung hat. Die idealste Methode, einen Verschluß des Ductus herbeizuführen, ist die Naht, die sich aber in den meisten Fällen schwer ausführen läßt, dann folgt die Umstechung resp. Ligatur, und wenn auch diese versagt, so ist die Tamponade anzuwenden. In 30 aus der Literatur gesammelten Fällen von Milchgangsverletzung war 9mal die Unterbindung gebraucht, 6mal mit unmittelbarem Erfolge, 2mal die Umstechung, beidemal mit Erfolg, 13mal die Tamponade. Von den tamponierten Pat. starben zwei an Erschöpfung, bei den übrigen stand nach und nach die Chylorrhöe. Herhold (Brandenburg).

51) Stuart. Operative injuries of the thoracic duct in neck.

(Edinb. med. journal 1907. Oktober.)

Bei einer 35jährigen Frau, die wegen linksseitigen Brustkrebses und Metastasen in der linken Achselhöhle bereits früher operiert worden war, entfernte Verf. zwei Jahre später ein hinter dem linken Schlüsselbein gelegenes karzinomatöses Drüsenpaket und eröffnete hierbei den Ductus thoracicus an seiner Einmündungsstelle in die Vene. Nach ausgiebiger Tamponade trat am 32. Tage nach der Operation völlige Heilung ein. Diese Beobachtung veranlaßte den Verf., die Anatomie des Ductus thoracicus mit den Variationen im Verlauf, die in der Literatur niedergelegten Fälle von operativer Verletzung des Ductus, die Symptome der Verletzung, Therapie und Prognose eingehend zu besprechen. 42 einschlägige Publikationen werden zum Schluß kurz referiert. Jenckel (Göttingen).

52) Hagenbach. Experimentelle Studien über die Funktion der Schilddrüse und der Epithelkörperchen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Die Untersuchungen H.'s bestätigen die von Vassale und Generati, Pineles, Erdheim u. a. aufgestellte Lehre: Ausfall der Schilddrüse macht Kachexie, Ausfall der Epithelkörperchen Tetanie. H. experimentierte an sechs Katzen. Die anatomischen Verhältnisse sind konstant: die äußeren Epithelkörperchen liegen neben der Schilddrüse und lassen sich erhalten bei Wegnahme der Schilddrüse selbst; die inneren sind in die Schilddrüse selbst eingebettet und lassen sich nicht isoliert entfernen, ebensowenig erhalten bei Wegnahme der ganzen Schilddrüse. Nahm H. nun die Schilddrüse mitsamt den inneren Epithelkörperchen unter Erhaltung der äußeren fort, so bekamen die Tiere Kachexie und gingen allmählich an derselben zugrunde, aber Tetanie entstand nicht. Wurde dabei infolge ungünstiger Gefäßverhältnisse ein Epithelkörperchen geschädigt, so trat vorübergehend Tetanie auf, wurden beide Epithelkörperchen geschädigt so erfolgte tödliche Tetanie. Wurden nach Wegnahme der Schilddrüse

und Auftreten der Kachexie die beiden äußeren Epithelkörperchen extirpiert, so erfolgt tödliche Tetanie. Besonders wurden bei der entstandenen Kachexie die Veränderungen am Knochensystem studiert, sie entsprachen durchaus denen bei Athyreosis (Thyreoaplasie, kongenitalen Myxödem) bekannten Störungen.

Es wird auch durch diese Versuche bestätigt, daß Thyreoidea und Epithelkörperchen sowohl anatomisch und entwickelungsgeschichtlich, als auch funktionell verschiedene Organe sind. Für den Chirurgen ergibt sich daraus ein wichtiger Fingerzeig, wie die Tetanie nach Kopfoperationen zu vermeiden ist.

Haeckel (Stettin).

53) Dunhill. Exophthalmic goitre — partial thyroidectomy under local anaesthesia.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1907. November 20.)

D. berichtet über sieben Fälle von Basedowkropf, bei welchen er eine teilweise Thyroidektomie, stets unter Lokalanästhesie ausführte. Nach seinen Erfahrungen ist die Allgemeinnarkose stets zu entbehren, selbst bei Operationen von $1^1/_2$—2 Stunden Dauer. Über die Dauererfolge läßt sich noch nichts sagen, da alle 7 Pat. von der Operation genasen. Obwohl mehrere sehr schwere Fälle unter ihnen waren, glaubt Verf., daß manche Todesfälle nach derartigen Operationen, die als akuter Kropftod aufgefaßt werden, in Wirklichkeit auf Chloroformspätwirkung beruhen. **Mohr** (Bielefeld).

54) G. Mouriquand et Bouchut. Rhumatisme et maladie de Basedow.

(Lyon méd. 1908. Nr. 5.)

Ein 44jähriger Mann erkrankt in der Rekonvaleszenz nach einem schweren akuten Gelenkrheumatismus an typischer Basedow'scher Krankheit und stirbt schließlich an Herzinsuffizienz. Verff. besprechen an der Hand der französischen Literatur das häufige Vorkommen von Polyarthritis in der Anamnese der Basedowkranken und schreiben dem akuten Gelenkrheumatismus eine für die Basedow'sche Krankheit prädisponierende Stelle zu. **Boerner** (Rastatt).

55) Cohn. Beitrag zur Kasustik der spontanen Ösophagusruptur.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Den wenigen bisher bekannten Fällen von spontanem Speiseröhrenriß fügt C. einen neuen hinzu. Bei einem 46jährigen Manne, starkem Potator, wurde der Magen ausgespült. Dabei trat heftiges Erbrechen auf, wodurch die weiche Magensonde herausgeschleudert wurde; eine Welle blutiggefärbter Flüssigkeit wurde aus dem Munde entleert, Kollaps, heftige Schmerzen in der Magengrube. Nach $2^1/_2$ Stunden Schwellung der rechten Halsseite, Knistern; 14 Stunden nach Auftreten der ersten Erscheinungen Tod. Die Autopsie ergab unmittelbar oberhalb der Kardia einen 4 cm langen perforierenden Längsriß der Speiseröhre, daneben einen $1^1/_2$ cm langen Längsriß, der nur die Schleimhaut und oberste Muscularis der Speiseröhre durchtrennt hatte. Die Wand der Speiseröhre war völlig gesund; sehr starke Verwachsungen zwischen Magen, Leber, Zwerchfell, Pleura und Speiseröhre. C. nimmt an, daß durch die im Anschluß an die Magenausspülung erfolgte jähe, enorme explosive Brechbewegung der Innnendruck in der Speisenröhre plötzlich stark anstieg, und diese, gehemmt durch die festen pleuritischen Stränge, sich nicht in die Länge ausdehnen konnte; eine krampfartige Kontraktion des M. constrictor pharyngis muß oben die Speiseröhre verschlossen und das Auswerfen des Inhaltes unmöglich gemacht haben. **Haeckel** (Stettin).

56) L. P. Marjantschik. Zur operativen Behandlung von Verätzungen der Speiseröhre und des Magens durch Schwefelsäure.

(Wratschebnaja Gazeta 1907. Nr. 47. [Russisch.])

Bei solchen Verätzungen wird oft übersehen, daß außer der Speiseröhre auch der Pylorus strikturiert ist. Hier ist die Gastroenterostomie oder die Duodeno-

oder Jejunostomie angezeigt, letztere beiden Operationen event. als Voroperationen, bis die Magenschleimhaut vernarbt ist. M. bringt einen Fall von Dr. Schalita in Kiew, wo die Sonde durch die Speiseröhre eingeführt werden konnte, doch andauernd blutiges Erbrechen und blutiger Stuhl auftraten. Nach Gastroenterostomie mit Murphyknopf hörte die Blutung auf (bei der Operation fand man Pylorusstriktur, Injektion und Hyperämie der Schleimhaut) und Pat. erholte sich. — Aus der Literatur bringt M. noch drei Fälle von Pylorusstriktur: von Wolkowitsch (Gastrostomie, Magenblutung, Tod), von Baikow (Gastrostomie, Anlegung einer Fistel am Colon transversum zur Nahrungseinführung, Tod) und von A. B. Arapow (Gastrostomie, dann Gastroenterostomie, Heilung).

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

57) **H. v. Schrötter.** Über eine seltene Form von Tuberkulose der Speiseröhre. (Aus der III. medizinischen Klinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 38.)

Rasch entstehende und zunehmende Schluckbeschwerden bei einem 37jährigen Pat., der früher Lues durchgemacht hatte. Bei 32 cm fand sich eine ringförmige Stenose von etwa 3 mm Durchmesser. Die Schleimhaut erschien dort zuerst gelblichweiß, stellenweise granulierend, später teilweise geschwürig und granulierend. Gegen eine Neubildung sprach das fast plötzliche Auftreten der Schluckbeschwerden und der Befund in den ersten Tagen. Für Tuberkulose ergaben sich sonst keine Anhaltspunkte. Somit erschien ein anderer geschwüriger Prozeß wahrscheinlicher. Probeexzision wurde aufgeschoben (warum?). Obwohl nach v. S das Vorkommen von luetischen Strikturen der Speiseröhre fraglich erscheint, wurde dann versuchsweise eine Schmierkur, außerdem Bougierung vorgenommen. Der Erfolg schien für Lues zu sprechen, da eine ösophagoskopisch kontrollierte Glättung und narbige Rückbildung eintrat. Zwei Tuberkulininjektionen fielen negativ aus. Später nahmen die Beschwerden wieder zu, so daß eine Gastrostomie vorgenommen wurde. Nach Kräftigung konnte Pat. wieder Flüssigkeiten schlucken. Schluß der Magenfistel, rasch wesentliche Verschlechterung und nach Bougierung Erholung. Über 6,5 mm kam man jedoch auch bei Verwendung von Laminaria nicht hinaus. Die verengte Partie mußte sehr lang und sehr resistent sein.

Etwa 2 Jahre nach Beginn der Beschwerden Fieber, Husten, Auswurf mit Tuberkelbazillen, Abmagerung, Lungenerscheinungen. Rascher Verfall und Tod. Die Sektion ergab eine gleichmäßige Verengerung von 12 cm Länge. Dieses Stück war gegen die Unterlage leicht verschieblich, insbesondere mit einer rechtsseitigen tuberkulösen Tracheallymphdrüse nicht verlötet.

Es handelte sich um chronische Tuberkulose in Form disseminierter Herde in der Speiseröhrenmuskulatur, mit Schwielen und Granulationsgewebe an Stelle der Submucosa und Mucosa, letztere zerstört.

Verf. spricht sich nach den Einzelheiten des sonstigen Befundes für embolische Entstehung, wahrscheinlich lymphogen, aus. Die Besonderheit des Falles liegt in der ausgedehnten Schwielenstriktur im Gegensatz zu dem gewöhnlichen Vorkommen tuberkulöser Geschwüre und Infiltrate. **Renner** (Breslau).

58) **Seelig.** Carcinoma of the oesophagus.

(Annals of surgery 1907. Dezember.)

S. weist an der Hand eines einschlägigen Falles auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Aortenaneurysma und Speiseröhrenkrebs hin. In dem betreffenden Falle waren bei einem 55jährigen Manne Heiserkeit, Schluckbeschwerden und Dyspnoe eingetreten. Die Kehlkopfuntersuchung ergab, daß das linke Stimmband in Kadaverstellung stand, eine Untersuchung der Speiseröhre mit dem Ösophagoskop konnte nicht stattfinden, weil dabei starke Dyspnoe eintrat. Über dem Brustbein war der Schall gedämpft, auch das Röntgenbild zeigte in der Gegend des Brustbeins einen vom Herzen nach oben gehenden breiten pulsierenden Schatten. Es wurde wegen der Schluckbeschwerden die Gastrostomie ge-

macht; der Pat. ging später an einer Schluckpneumonie zugrunde. Die Sektion zeigte, daß es sich um Speiseröhrenkrebs gehandelt hatte. Die Speiseröhre war in eine schwielige mit Drüsen durchsetzte Masse eingebettet. Diese hatte den Schatten im Röntgenbilde und die Dämpfung hervorgerufen; die Pulsation war von der Aorta fortgeleitet. **Herhold** (Brandenburg).

59) **W. A. Perimow.** Angeborenes Lymphangiom des Halses.
(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Das — jetzt 5jährige — Mädchen kam mit einer deutlichen Geschwulst am Halse rechts zur Welt, die gleichmäßig langsam bis zur Größe einer mittleren Melone wuchs. Sie bedeckte das Schulterblatt und hing über die rechte Brustwarze herab. Das Schlüsselbein war zu fühlen, das Schulterblatt nicht; der Unterkiefer war ganz frei. Die Konsistenz war prall elastisch; es waren alle Zeichen einer unilokulären Cyste vorhanden.

Die Ausschälung der Cyste machte keine Schwierigkeiten bis an die großen Gefäße des Halses. Hier mußte nach Entleerung einer »gelblich serösen« Flüssigkeit die Cyste unter Zurücklassung eines fingerbreiten Streifens abgetragen werden. Die Ränder des Streifens wurden an die Hautränder genäht. Es trat eine 4 Tage dauernde, anfangs abundante Lymphorrhöe ein.

Die Cystenwand war ungleichmäßig dick und trug niedrige Leisten. Sie war mit Endothel ausgekleidet; nirgends fand sich Epithel. Die Wand bestand aus Bindegewebe und glatten Muskelfasern. **V. E. Mertens** (Kiel).

60) **W. M. Müntz.** Kehlkopfexstirpation wegen Karzinom.
(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

M. (Moskau) hat in 5 Jahren 10 Kehlkopfexstirpationen ausgeführt. Seine Technik ist ziemlich dieselbe, wie die von Wolkowitsch, dessen in diesem Zentralblatt 1908 Nr. 7 referierte Arbeit in demselben Hefte des russischen Archivs steht.

Die Schlundvernähung machte M. stets in querer Richtung, wenigstens ist von Längsnaht nirgends die Rede. Erst nach Vollendung der Schlundnaht exstirpiert er die Drüsen. Den Trachealstumpf näht er ebenfalls an der Incisura sterni in die Haut und verzichtet auf künstliche Kehlköpfe, gestützt u. a. auf die Gottstein'sche Publikation von 1900. Die Ernährung erfolgt vom 1. Tage an durch Schlundsonde.

Von den Operierten war zur Berichtszeit eine nach 52 Monaten völlig gesund (nach 21 Monaten Entfernung karzinomatöser Drüsen!), einer nach 21 Monaten (Drüsen entfernt nach 4 Monaten), einer nach 7 Monaten (Drüsen nach 4 Monaten), einer nach 4 Monaten frei. Andererseits fanden sich Rezidive nach 2, 4, 20 Monaten. 3 Fälle sind nicht zu verwerten.

Erwähnt sei noch, daß die Schlundnaht in 5 Fällen per primam intentionem heilte. Die in den übrigen Fällen entstandenen Fisteln hielten sich 20—60 Tage, ohne beschwerlich zu werden. **V. E. Mertens** (Kiel).

61) **J. Fawcett.** Aspiration of a pneumothorax under the X-rays.
(Guy's hospital reports Vol. LXI.)

Ein 22jähriger Werftarbeiter, der vor 2 Jahren Lungenentzündung durchgemacht hatte, erkrankte akut mit Schmerzen in der rechten Brustseite. Bei der Aufnahme 2 Tage später hatte er Temperatur 39, Puls 128, Atmung 32. Rechtsseitiger Pneumothorax ohne Erguß. Ätiologie dunkel, nichts von Tuberkulose nachzuweisen. Röntgenaufnahme am 19. Tage ergab totale Kompression der Lunge. F. aspirierte mit einem Trokar, der mit einer luftleergepumpten Flasche verbunden war, langsam die Luft aus dem Thorax, wobei er gleichzeitig mit dem Röntgenschirm beobachtete, wie die Lunge sich langsam wieder ausdehnte und ausgedehnt blieb. Die Öffnung der Pleura mußte also wieder geschlossen sein. Dehnt sich bei der vorsichtig ausgeführten Aspiration die Lunge nicht aus, was man während des Ansaugens mit dem Röntgenschirm leicht kontrollieren kann, so besteht die Kommunikation mit einem Bronchus noch fort. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

62) D. Mambrini (Mantua). Pleurite purulenta appendicolare in una bambina di cinque anni.

(Clinica chirurgica 1907. Hft. 8.)

M. hat einen Fall von Pleuritis appendicularis (Dieulafoy) operiert. 5jähriges Mädchen bietet die typischen Erscheinungen der Appendicitis acuta. Nach der Resektion des Wurmes bessert sich das Allgemeinbefinden, und die Unterleibserscheinungen gehen prompt zurück, die Wunde heilt innerhalb 8 Tagen, die Temperatur steigt aber alle 2, 3 Tage auf 38°. Am 11. Tage nach der Operation beginnt die Kleine über Schmerzen in der rechten Brusthälfte zu klagen, die beim Inspirium sich steigern, hustet usw. Am 13. Tage deutliche Dämpfung rechts unten, eine Probepunktion zeigt streptokokken- und colihaltigen Eiter, wie er auch den Wurm erfüllt hatte. Nach der radikalen Eröffnung der Pleura und Drainage Heilung. (Von besonderem Interesse scheint das späte Auftreten der lokalen Erscheinungen neben der reaktionslosen Heilung der Wunde. Ref.)

J. Sternberg (Wien).

63) Guibal. Mort rapide par rupture des deux bronches primitives immédiatement au-dessous de leur origine.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1907. Dezember.)

Ein Artillerist wurde beim Geschützexerzieren überfahren, so daß das Rad einer Protze über seinen Brustkasten ging. Es entwickelte sich in ganz kurzer Zeit ein vom Hals zum Nabel reichendes Hautemphysem, an welchem der Betreffende schnell zugrunde ging. Die Autopsie zeigte drei Rippenbrüche und große Einrisse in beiden Hauptbronchien, von denen einer sogar ganz von der Luftröhre abgerissen war. G. glaubt, daß die Luftwege durch das allgemeine Emphysem komprimiert seien, und daß eine Tracheotomie, wozu aber auf dem Exerzierplatze das Instrumentarium fehlte, den Mann hätte vielleicht retten können.

Herhold (Brandenburg).

64) Depage. Massage transdiaphragmatique du coeur.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1907. Dezember.)

Bei einer Choledochotomie wegen chronischen Steinverschlusses entstand eine Chloroformsynkope. Erfolglose Versuche zur Wiederbelebung mit den üblichen Methoden $^1/_4$ Stunde lang. Dann ging D. mit der Hand in die Wunde, faßte das Herz und drückte es rhythmisch gegen die Brustwand; bald begann das Herz leise zu zittern, dann stellte sich normaler Herzschlag wieder ein, und nach 3 Minuten konnte D. weiter operieren. Pat. genas. **Vorderbrügge** (Danzig).

65) M. H. Duret. Branchiomes malins du cou et tumeurs du médiastin.

(Bull. de l'acad. de méd. 1907. Nr. 43.)

Bei einem 15jährigen Mädchen findet sich eine Geschwulst, welche die ganze linke Halsseite einnimmt, unter dem Kopfnicker gelegen ist, Kehlkopf und Luftröhre verdrängt, ohne deren Bewegungen mitzumachen. Es besteht starke Atemnot. Bei der Operation muß die Vena jugularis interna wegen starker Verwachsungen mitgenommen werden. Unmittelbar nach dem Eingriffe Tod. Die Obduktion deckt eine sehr große Geschwulst des vorderen Mediastinum auf, die durch einen hinter dem Sternoclaviculargelenke verlaufenden Geschwulststrang mit der entfernten Halsgeschwulst in Verbindung stand.

Die Geschwulst ist histologisch ein aus der Thymus hervorgegangenes malignes Lymphom. D. glaubt auf Grund dieser Untersuchung annehmen zu können, daß die Hassal'schen Körperchen nicht epithelialen Ursprunges, sondern aus den Blutgefäßen hervorgegangene endotheliale Bildungen sind. Die vorgefaßte Meinung, daß es sich hier um eine branchiogene in das Mediastinum fortgesetzte Halsgeschwulst handeln könne, gibt D. die Veranlassung, diese Möglichkeit an der Hand der Literatur zu verwerfen. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

66) G. Schwarz. Über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Mediastinaltumor nebst Bemerkungen über den Rückbildungsmechanismus bestrahlter Geschwülste. (Aus dem Röntgenlaboratorium des Wiener allgem. Krankenhauses.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

Der Kranke mit mächtiger Geschwulst am Halse und lebhaftem Stridor hatte schon am Ende der Bestrahlung von 35 Minuten Dauer (4,5 H.-Einheiten) weniger Atemnot; 48 Stunden später war die Mediastinalgeschwulst beträchtlich verkleinert, die Anschwellung am Halse und die Atemnot verschwunden.

Während man bisher annahm, daß sich die Rückbildung der Geschwülste durch die natürlichen Resorptionsvorgänge, gleichsam passiv, vollziehe, glaubt Verf. in seinem Falle an aktive Verkleinerung der Geschwulst aus sich selbst heraus. Zur Erklärung zieht er Podwisotzky's Behauptung heran, daß die jüngeren lebensfähigen Zellen einer Geschwulst ältere gleichsam fressen, wodurch die großen Zellen mit zahlreichen Zelleinschlüssen zustande kommen. Dieser Autophagismus soll durch Jodkali, Arsen, Serum (Bier), Tuberkulin, Radium befördert werden. Verf. rät daher zu einer Kombination dieser Agentien mit der Bestrahlung.

Renner (Breslau).

67) R. P. Rowlands. The treatment of caries of the ribs.

(Guy's hospital reports Vol. LXI.)

R. empfiehlt, bei Rippencaries die erkrankte Partie lieber zu resezieren als mit dem scharfen Löffel auszukratzen, zumal der kariöse Herd auch auf der der Pleura zugekehrten Rippenseite sitzen und die Vorderseite ganz gesund aussehen kann. Daß die Resektion auch einen diagnostischen Wert besitze, zeigt er an einem Falle von kaltem subpektoralem Abszeß, bei dem erst durch die Rippenresektion mit Wegnahme des Knorpels am Brustbein klar wurde, daß der Abszeß von einer verkästen Mediastinaldrüse ausgegangen war und nicht von einer erkrankten Rippe, wie ursprünglich vermutet. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

68) Schindler. Die Entfernung von Brustwandgeschwülsten mit breiter Eröffnung der Pleura.

(Verein deutscher Ärzte in Prag. 17. Sitzung vom 15. März 1907.)
(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 29.)

Neben dem Druckdifferenzverfahren und der Anheftung der Lunge nach Bayer empfiehlt S. den luftdichten Abschluß der Pleura- und Hautwunde, um die schädlichen Folgen des Pneumothorax auszuschalten. Bei der Rezidivoperation einer Schlüsselbeingeschwulst mußte die Pleura in Handtellergröße eröffnet werden. Das Loch wurde zunächst ausgestopft, dann fest vernäht. Die Lunge atmete bald in ihrer ganzen Ausdehnung, ein Brustfellerguß trat nicht auf.

Gutzeit (Neidenburg).

69) McLellan. The surgical treatment of mastitis, with special reference to Bier's method.

(Glasgow med. journ. 1907. Dezember.)

Nach einer Besprechung der Maßnahmen, die geeignet sind, die Entstehung der Mastitis zu verhindern, berichtet Verf. ausführlich über seine ungemein erfreulichen Erfolge mit dem Bier'schen Verfahren, das er in seinen Einzelheiten ausführlich schildert. **W. v. Brunn** (Rostock).

70) F. Lichtenhahn. Über Mastitis chronica cystica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XC. p. 507.)

Die Arbeit dreht sich um die zuerst von Reclus unter dem Namen »Maladie cystique des mammelles« beschriebene Brustdrüsenerkrankung, und nimmt Verf. auf Grund eigener histologischer Untersuchungen von fünf Fällen zu der bekannten Kontroverse, ob hier eine echte Geschwulstbildung, Cystadenom, oder ein chroni-

scher Entzündungsprozeß (König, Schimmelbusch u. a.) als vorliegend anzunehmen ist, selbst Stellung. Er entscheidet sich dabei für die Theorie der chronischen Entzündung, was dem von ihm der Affektion beigelegten lateinischen Krankheitsnamen entspricht. Er weist daher auf die multilokuläre, manchmal den ganzen Drüsenkörper befallende Erkrankungsausdehnung hin, worin er ein Argument gegen wahre Geschwulstbildung sieht, die stets an einem Erkrankungsherde beginne. Epithelwucherung und auch Papillenbildung in den Cysten spricht nicht gegen die entzündliche Natur der Krankheit, wie es das Verhalten z. B. der spitzen Kondylome zeige. Ebensowenig tut das das erfahrungsgemäß häufig vorkommende Übergehen der Erkrankung in Karzinom — chronisch entzündliche Reizung führt überall oft zum Krebs. Allerdings handele es sich bei der Erkrankung nicht ausschließlich um die gewöhnliche rein interstitielle Entzündung. Der Prozeß ist eher als eine »parenchymatös interstitielle Mastitis« zu chakterisieren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

IV. Kongreß der Deutschen Röntgen-Gesellschaft 1908.

Der Kongreß findet am

Sonntag, den 26. April 1908, morgens 9 Uhr

in Berlin im Langenbeckhause statt.

Die Eröffnungs- und Geschäftssitzung beginnt am Sonntag, den 26. April, 9 Uhr morgens präzise.

Zur Diskussion steht das Thema:

»Der Wert der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose«.

Das Referat haben die Herren Rieder-München und Krause-Jena gütigst übernommen.

Vorträge und Demonstrationen werden möglichst frühzeitig (spätestens bis zum 10. März 1908) an den Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Immelmann, Berlin W. 35, Lützowstr. 72 erbeten.

Mit dem Kongreß wird eine Röhrenausstellung vorwiegend historischen Charakters verbunden sein, worüber demnächst ein Sonderrundschreiben nähere Auskunft gibt.

Sonstige Anfragen sind an den Unterzeichneten zu richten.

Halle a. S., Februar 1908.

H. Gocht,
Vorsitzender für das Jahr 1908.

Der zweite Kongreß der internationalen Gesellschaft für Chirurgie

wird vom 21.—26. September d. J. in Brüssel stattfinden.

Die dort zur Behandlung kommenden Themata, für welche Berichterstatter ernannt sind, lauten: Krebs, Chirurgie der Leber, Anästhesie, Chirurgie der Wirbelsäule, Hernien.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 13. Sonnabend, den 28. März 1908.

Inhalt.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Stralsund.

Radikaloperation von Schenkel- und Leistenbruch derselben Seite in einem Akt.

Von

Dr. Fritz Berndt.

Das gleichzeitige Vorkommen von Schenkel- und Leistenbruch auf derselben Seite ist nichts Seltenes. Namentlich von französischer Seite ist darauf hingewiesen worden (Berger). Dagegen habe ich

in der mir zugänglichen Literatur, abgesehen von einer kurzen Bemerkung in der Arbeit von Lotheissen (Zentralblatt für Chirurgie 1898 Nr. 21), nichts darüber gefunden, daß man beide Brüche durch eine Operation beseitigen kann. Lotheissen sagt bei Beschreibung seiner Methode der Schenkelbruchoperation: »Hat man gleichzeitig eine Inguinalhernie derselben Seite, so isoliert man den Bruchsack und trägt ihn ab wie beim Bassini'schen Verfahren«. Aus der Mitteilung geht nicht hervor, ob L. selbst eine derartige Operation ausgeführt hat.

In Nr. 8 der Münchener med. Wochenschrift von 1906 habe ich eine Vereinfachung des Lotheissen'schen Verfahrens bei der Schenkelbruchoperation mitgeteilt. In ähnlicher, nur noch einfacherer Weise habe ich vor kurzem bei einem Manne, der gleichzeitig einen linksseitigen Leisten- und Schenkelbruch hatte, die Operation ausgeführt.

Schnitt parallel dem Poupart'schen Bande und unmittelbar über demselben. Spaltung der Fascie des Obliquus externus vom äußeren Leistenring nach lateralwärts. Isolieren und Abbinden des Leistenbruchsackes, darauf Isolieren und Abbinden des Schenkelbruchsackes. Nunmehr wird der Samenstrang aufgehoben und der Obliquus internus nebst Transversus nach innen und unten geschoben, bis der untere Rand des Poupart'schen Bandes und unter ihm der Rand des horizontalen Schambeinastes sichtbar wird. Es folgt die Anlegung der Nähte von innen (medial) nach außen (lateral). Eine mit Silkfaden armierte krumme Nadel wird durch den Rand des Internus und Transversus, dann durch das Periost des Schambeins (Lig. Cooperi) nach außen durchgestochen, so daß die Nadel außerhalb der Schenkelbruchpforte erscheint. Dann wird das andere (aus dem Internus herausragende) Fadenende mit einer Nadel versehen und diese durch den unteren Rand des Poupart'schen Bandes nach außen geführt. Beide Fadenenden liegen also vor, d. h. außerhalb der Schenkelbruchpforte und werden vorläufig in eine Klemme gefaßt. In derselben Weise werden noch 2 oder 3 Nähte angelegt. Diese dienen also dem Verschluß der Schenkelbruchpforte. Ihnen schließen sich lateralwärts noch etwa drei Nähte nach Bassini an (Obliquus int. und Transversus einerseits, Lig. Pouparti andererseits). Diese Nähte werden nun geknüpft, wobei es gleichgültig ist, ob man mit der medialsten oder der lateralsten anfängt, sodann wird der Samenstrang losgelassen und über ihm die Fascie des Externus mit einigen Nähten geschlossen. Darüber Hautnaht. Komprimierender Verband.

Die die Schenkelbruchpforte verschließenden Nähte fassen also Internus nebst Transversus, Schambeinperiost und Lig. Pouparti in eine Narbe zusammen, wodurch ein absolut fester Verschluß erzielt wird. Außerdem aber wird durch das Mitfassen des Poupart'schen Bandes im Bereich der Schenkelbruchpforte die ganze laterale Partie des Bandes stark gespannt, was mir für die Sicherung der Leistenbruchpforte nicht unwesentlich zu sein scheint.

---

1) **E. Franck.** Kriegschirurgie vor 100 Jahren.

(Med. Klinik 1907. p. 1431, 1461 u. 1495.)

In der Hauptsache auf Grund der chirurgischen und kriegschirurgischen Tagebücher usw. Percy's und Larrey's schildert F. die äußeren Bedingungen, unter denen sich in den Jahren zwischen 1806—1815 die wundärztliche Tätigkeit im Felde abspielte, die Grundsätze der damaligen allgemeinen und speziellen Chirurgie, soweit sie im Kriege durchführbar waren. Die französischen Berichterstatter erkennen die Güte und Zweckmäßigkeit der zu jener Zeit anläßlich des Krieges in Preußen getroffenen Sanitätseinrichtungen, insbesondere im Lazarettwesen, an. Der Selbstlosigkeit und Berufsfreudigkeit der damaligen Kriegschirurgen ist große Anerkennnung zu zollen.

Georg Schmidt (Berlin).

2) **P. Ziegler.** Karzinom und Polarisation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 20.)

Z., der früher bereits Untersuchungen über Polarisation des Knochens veröffentlichte, berichtet hier kurz über Befunde an Karzinommaterial unter Anwendung des Polarisationsmikroskops. Während normale Epithelzellen zwar schwache, aber deutliche Polarisation besitzen, verlieren die Krebszellen jede deutliche doppellichtbrechende Eigenschaft. Weiteres s. Original, zu dessen Verständnis übrigens unter unseren Fachgenossen nicht durchweg vorauszusetzende optische Vorkenntnisse nötig scheinen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

3) **M. Paus.** En biokemisk reaktion i diagnostisk øiemed.

(Norsk. Mag. for Laegevid. 1908. Nr. 2.)

P. hat die von Kelling angegebene Methode der Frühdiagnose bösartiger Geschwülste aus der hämolytischen Wirkung des Serums auf die Blutkörperchen bestimmter Tiere (Schwein, Schaf, Huhn) in 60 Fällen von Karzinom nachgeprüft und in 65% der Fälle ein positives Resultat erhalten. Ein positives Ergebnis spricht für, ein negatives nicht gegen das Vorhandensein einer versteckten Krebsgeschwulst.

Revenstorf (Hamburg).

4) **Doberauer.** Zur Chirurgie inoperabler Geschwülste.

(Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 33.)

D. hat in zwei Fällen sehr großer bösartiger Geschwülste der Leistengegend zunächst die Iliaca externa bzw. communis freigelegt und durch einen Gummischlauch im Verlauf einiger Tage immer stärker zugeschnürt, bis peripher vom Schlauch kein Puls mehr zu fühlen war. Nach 2 bzw. 4 Tagen wurde die Neubildung samt den großen Gefäßstämmen und ihren Seitenästen exstirpiert. Beidemal überlebte die Extremität den Eingriff; die Intima blieb an der Stelle der Abschnürung zart, so daß die Gefäße, wenn die sonstigen Umstände nur die Resektion einer kurzen Strecke erfordern, durch Naht vereinigt werden könnten.

Das Verfahren gleicht im Prinzip der Methode der orientierenden temporären Unterbindung der Carotis communis, welche Jordan auf dem Chirurgenkongreß 1907 mitteilte. D. beabsichtigt die systematische Ausbildung des Kollateralkreislaufes und hofft damit manchen Kranken erfolgreich operieren zu können, den man bislang seinem Schicksal überlassen mußte.

Gutzeit (Neidenburg).

---

5) **Halkin.** Contribution à l'étude des sarcoïdes de la peau.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXIV. p. 227.)

Die Frage, ob die Sarkoide eine Manifestation der Tuberkulose darstellen, ist noch immer umstritten. H. verneint die Frage für die gutartigen Hautsarkoide nach dem Typus von Boeck, gestützt auf eine eigene Beobachtung, die in der Arbeit kurz referiert ist. Auch die tuberkulöse Natur der subkutanen Sarkoide nach Darier hält er noch nicht für absolut bewiesen.

M. Winkler (Luzern).

---

6) **F. v. Krzysztalowicz.** Die Botryomykose. Zusammenfassendes Referat.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. LXIV. Hft. 12.)

In diesem eingehenden Referat über die in neuerer Zeit viel besprochene Krankheit kommt Verf. zu dem Resultate, daß sowohl die tierische als auch die menschliche Botryomykose wahrscheinlich durch den Staphylokokkus pyogenes aureus hervorgerufen wird. Von anderer Seite wird dieser Standpunkt bekanntlich vielfach bestritten.

Jadassohn (Bern).

---

7) **C. Herrmann** (Neuyork). Pigmentmäler in der Sakralregion der weißen und farbigen Kinder.

(Journ. of cutan. diseases 1907. Mai.)

Verf. bespricht das Vorkommen der von verschiedenen Autoren beschriebenen blauen Mäler in der Kreuzbeingend von Kindern der weißen und farbigen Rasse, die zum Unterschiede von den Naevi nicht erhaben sind und keine Gefäßbildung zeigen. Sie sind nach seiner Ansicht weder ein Charakteristikum irgendeiner Rasse noch ein Zeichen einer Degeneration. Für ihre Entstehung gebe es noch keine genügende Erklärung. Da sie mit zunehmendem Alter von selbst verschwinden, sei Therapie unnötig.

Gresser (Breslau).

---

8) **J. E. V. Boas.** »Larva migrans«, eine Gastrophiluslarve in der Haut eines Menschen in Dänemark.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLIV. Hft. 10.)

Die eigentümliche, durch die Wanderung einer Larve in der Haut des Menschen bedingte Erkrankung ist nunmehr schon in einer ganzen Anzahl von Fällen beschrieben worden. Die Diagnose ist sehr einfach.

Dagegen ist die Natur des »Hautmaulwurfs« vielfach diskutiert worden. B. findet, daß es sich wirklich um eine Gastrophiluslarve handelt. Der speziellere Inhalt der Arbeit wird nur Dermato- und Zoologen interessieren. **Jadassohn** (Bern).

9) **V. Klingmüller.** Über Lupus pernio.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXIV. p. 323.)

Der Ansicht, der Lupus pernio sei eine echte Hauttuberkulose, kann sich K. nicht anschließen, da von den drei Forderungen zur Diagnose Tuberkulose nur eine: die örtliche Reaktion auf Alttuberkulin, und auch diese nur unzureichend erfüllt sei, während Bazillennachweis und positives Tierexperiment fehlen. Verf. will den Lupus pernio als typisches Krankheitsbild den übrigen bewiesenen oder vermuteten Hauttuberkulosen nur anreihen.

Der Arbeit sind die Krankengeschichten von 3 Fällen dieser Affektion beigegeben **M. Winkler** (Luzern).

10) **E. Jakobi.** Eine besondere Form der Trichophytie als Folgeerscheinung des permanenten Bades.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXXIV. p. 289.)

J. berichtet über eine besondere Form von Trichophytie, die anscheinend nur da vorkommt, wo permanente Wasserbäder häufig in Gebrauch sind, also in psychiatrischen Kliniken. Die Krankheit befällt hauptsächlich Paralytiker und Kachektische. Sie beginnt in der Genital- oder Axillargegend mit braunroten Papeln, die sich rasch peripherisch ausbreiten, sich in Plaques umwandeln und allmählich den größten Teil des Körpers bedecken. Die Krankheit ist nicht kontagiös und macht subjektiv keine Beschwerden.

J. glaubt, daß der betreffende Trichophytonpilz, über dessen Stellung zu den bekannten Arten des Trichophyton Verf. sich noch nicht bestimmt auszusprechen vermag, im reinen Badewasser vorkommt und sich nur auf der durch das lange Bad mazerierten Epidermis Kachektischer ansiedeln könne. Mit der Trockenhaltung erlischt die Krankheit, prophylaktische Maßnahmen waren ohne Erfolg.

M. Winkler (Luzern).

11) **C. Haeberlin** (Nauheim.) Zur Behandlung granulierender Wunden.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

H. bestätigt den günstigen Einfluß des Luftzutrittes sowie des Sonnenlichtes zu granulierenden Wunden in bezug auf rasch eintretende Epithelisierung, Verminderung der Sekretion und das Glattwerden der Wundflächen; alle normalen Wundheilungsvorgänge werden wesentlich beschleunigt, wenn die Wunden 2—3 Stunden dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt und dann nur mit Krüllgaze locker bedeckt werden. **Kramer** (Glogau).

12) **J. Jadassohn.** Syphilidologische Beiträge.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXVI. p. 45.)

Anschließend an die neuesten Forschungen auf dem Gebiete der experimentellen Syphilis und gestützt auf seine Erfahrungen unterwirft J. eine Anzahl aktueller Fragen der Syphilidologie einer kritischen Beleuchtung. So präzisiert er, um nur wenige Punkte herauszugreifen, seinen Standpunkt betreffs Exzision des Primäraffektes. Bei den verschiedenen Formen der Sekundärperiode werden die Begriffe Metastase, lokale und allgemeine »Umstimmung«, Terrainverhältnisse als maßgebende Faktoren besprochen. Die Virulenzgrade der Spirochäten gegenüber dem eigenen und dem fremden Organismus in der Spätperiode, die Re- und Superinfektion und die Analogien der Lues besonders mit der Tuberkulose und Lepra sind eingehend erörtert.

M. Winkler (Luzern).

---

13) **Hoffa.** Technik der Massage. 5. Aufl. 90 S. 45 Abbild.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1907.

Die neue Auflage des bekannten Buches, das gelegentlich der früheren Auflagen hier wiederholt schon besprochen ist, weist wiederum eine Reihe von Zusätzen und Verbesserungen auf, die davon Zeugnis ablegen, mit welchem Interesse der leider so früh dahingeschiedene Verf. an der Verbreitung dieses für die Gelenkchirurgie so wichtigen Zweiges der Therapie gearbeitet hat. Alles, was sich als neu und zweckmäßig in der Massagetechnik erwiesen hat, ist sorgfältig in der 5. Auflage berücksichtigt worden, ohne daß dabei die schätzenswerte Knappheit der Darstellung gelitten und der Umfang des Buches sich wesentlich vermehrt hat.

Deutschländer (Hamburg).

---

14) **K. Vogel.** Über Frakturheilung mit besonderer Berücksichtigung der Bedeutung des Blutergusses für die Callusbildung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 143.)

Verf., dem als dirigierendem Arzt im Krankenhause der Barmherzigen Brüder in Dortmund die Behandlung sehr zahlreicher Knochenbrüche obliegt, liefert in dieser Arbeit erstlich eigene Räsonnements zur Theorie der Knochenbruchheilung, anknüpfend an Ideen von Bier und Ribbert, und zweitens Berichte über einige erfolgreiche Versuche, schlecht heilende Knochenbrüche mit Bluteinspritzungen nach Bier zu behandeln. Von V.'s Allgemeinerörterungen sei hier erwähnt, daß er die schlechte Heilung von Knochenbrüchen, die Neigung zu Pseudarthrosenbildung auf eine abnorm mangelhafte Fähigkeit des Individuums zur callusbildenden Gewebsproduktion zurückzuführen geneigt ist. Diese ungenügende Produktionsfähigkeit kann Folge eines allgemeinen Schwächezustandes sein, sie kann aber speziell ein dem Knochensystem anhaftender Fehler sein; und da das Knochengewebe zu den Bindegeweben des Körpers gehört, taucht die Frage

auf, ob in gewissen Fällen schlechter Callusproduktion nicht an eine allgemeine Schwäche des Gesamtbindegewebes des Körpers zu denken ist. Eine derartige biologische Minderwertigkeit des Bindegewebes zeigt sich V. geneigt, der Entstehung der statischen Belastungsdeformitäten (Pes planus, Genu valgum usw.) zugrunde zu legen, ferner den venektatischen Bildungen (Varicen, Varicokelen), sowie den Enteroptosen, Vorfällen und Hernien. Im ganzen sind schlecht heilende Frakturen selten, aber unter zwölf Fällen der Art, die V. selbst beobachtete, finden sich mehrere, die gleichzeitig solche vom Verf. auf Bindegewebeschwäche bezogene Krankheitszustände zeigten. Was ferner den Anlaß, den »Reiz« zur Callusproduktion betrifft, so sieht V. denselben mit Ribbert wesentlich in einer Anregung der Gewebselemente zur Gewebsneubildung. Im normalen Organismus wird die allen Zellen innewohnende Wachstumskraft durch die überall vorhandene innere Gewebsspannung behindert in Funktion zu treten; hört diese Spannung auf, tritt »Entspannung« der Gewebe ein, so betätigt sich auch sofort die Proliferationskraft der Zelle. Diese Lehre auf die Frakturheilung übertragend, deduziert V., daß es bei letzterer, wo vor allem die ossifizierende Produktionskraft des Periosts, namentlich von dessen innerster »Cambium«-Schicht sich zu betätigen hat, besonders aber auf eine »Entspannung« des Periosts ankommt. In der Regel wird diese Periostentspannung bei Brüchen der Röhrenknochen schon durch die Ablösung des Periosts von der Kortikalsubstanz und den Bluterguß zwischen beiden ausreichend herbeigeführt; erweist sie sich im Einzelfall als relativ zu gering, so sucht man sie künstlich zu verstärken durch Maßnahmen, in deren Reihe sich zu den älteren Mitteln (Entzündungsreize, Stauung usw.) neuerdings die Bier'sche Bluteinspritzung gesellt hat. Auch diese Behandlung wirkt nach V.'s Theorie wesentlich dadurch Callusbildung fördernd, daß sie das Periost »entspannt«, und wird deshalb um so nützlicher werden, je mehr es bei ihr gelingt, das Blut subperiostal zu deponieren. In eigener Berufstätigkeit hat V. sieben Fälle schlecht konsolidierender Frakturen mit Bluteinspritzungen behandelt und dabei, wie die zum Teil mit Röntgenbildern versehenen Berichte ergeben, stets auf die subperiostale Einbringung des Blutes genau Acht gegeben, einige Male auch zu diesem Zwecke durch blutigen Eingriff das Periost vom Knochen bzw. von Callusmassen abgehebelt, um dann das Blut unter dasselbe zu spritzen. Die Erfolge befriedigten. Auch für die Heilung orthopädischer lineärer Osteotomien beleuchtet V. die Bedeutung der Periostentspannung durch Blutung. Letztere kann bei Osteotomien, wenn man ohne Esmarch'sche Blutleere operiert, so gering werden, daß die osteoplastische Reaktion des Periosts unzulänglich bleibt. Um eine solche zu sichern, empfiehlt V. die Operation unter Blutleere, nach deren Abnahme man auf etwas lebhaftere Nachblutung rechnen kann; auch soll man den durchgemeißelten Knochen stets ganz durchbrechen und durch einiges Auf- und Abschieben der Fragmente aneinander für Abhebungen des Periosts Sorge tragen. Die Heilung der

Schenkelhalsbrüche beleuchtet V. gemäß seiner Theorie in dem Sinne, daß bei eingekeilten Frakturen der gesetzte Bluterguß interstitiell und subperiostal liegen bleibt, und damit heilungsbefördernd wirkt; dagegen ergießt sich bei losen Brüchen das Blut in die Gelenkkapsel, womit die Möglichkeit seiner Wirksamkeit zur Heilung wegfällt.

Zum Schluß Literaturverzeichnis von 17 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

15) **Bülow-Hansen.** Om behandling, specielt efterbehandling af fracturer i led.

(Norsk. Mag. for Laegevid. 1908. Nr. 2.)

Verf. empfiehlt, die Nachbehandlung von Knochenbrüchen auf Massieren, aktive und Widerstandsbewegungen zu beschränken. Er verwirft die schmerzhaften passiven Bewegungsübungen als schädlich, da sie Distorsionssynovitis hervorrufen, die wegen des schlechten funktionellen Behandlungsresultates mehr zu fürchten sei, als schlechte Knochenstellung.

Revenstorf (Hamburg).

---

17) **E. Streissler.** Das v. Hacker'sche Triangel zur ambulanten Extensionsbehandlung der Oberarmbrüche.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 749.)

Verf. beschreibt ein von v. Hacker schon lange angewandtes Triangel, das aus starker Pappe geschnitten wird. Es hat etwa die Form eines rechtwinkligen Dreiecks, dessen eine Seite dem Brustkorb anliegt, auf dessen Hypothenuse der Oberarm ruht, auf dessen dritter, etwa um 30° gedrehter Seite der supinierte Vorderarm und die Hand liegt. Die nähere Technik der Herstellung ist aus dem Original (mit Zeichnungen) zu entnehmen.

Das Triangel hat den Vorzug, daß es durch die Einspannung zwischen Axilla und den gebeugten Ellbogen den Oberarm extendiert, dem Vorderarm eine bequeme Lage gestattet und imstande ist, den Oberarm in einer beliebigen Abduktionsstellung zu fixieren. Seine Verwendung ist indiziert zur ambulanten Behandlung der Fraktur des anatomischen Humerushalses mit Dislokation des Kopfes nach außen, bei pertuberkulären und subtuberkulären sowie bei Schaftbrüchen ohne zu große Dislokation. Im übrigen gestattet das Triangel auch die Anbringung einer Gewichtsextension.

Reich (Tübingen).

---

18) **B. Rossi** (Mailand). Il mio metodo di cura nelle fratture del femore.

(Clinica chirurgica 1907. Hft. 8.)

R. hat in einem Vortrag in Mailand über die Resultate der Behandlung von mehr als 300 Oberschenkelbrüchen nach seiner Methode berichtet. — Nach vorläufiger Gewichtsextension im Bett und Röntgenuntersuchung kommt der Verletzte womöglich noch am selben Tag

auf den Extensionstisch. Dieser (schon 1902 im Arch. d'ortopedia beschrieben) basiert auf dem Schede'schen Tisch, ist aber einfacher gebaut.

Zwei Heftpflasterstreifen werden oder sind schon zur Vorextension angelegt. Nun wird mit Filzkissen mäßig gepolstert, am Sitzknorren und oberhalb der Knöchel. Darüber kommt eine durch drei Holzspäne, außen, hinten und quer über Hüfte und Becken, verstärkte Gipsschicht über das ganze Bein samt Becken (ohne Füße). Das Knie kann zur späteren Mobilisierung frei gelassen werden. Dann wird der stählerne Extensionsgehbügel (zwei lange Stahlschienen, mit Kniartikulation, nur unten durch den Steigbügel verbunden, aber mit fixen Messingspangen, die Ober- und Unterschenkel mehrfach fast ganz umgreifen) eingegipst. Dieser reicht vom Sitzknorren bis mehrere Querfinger unter die Fußsohle. Die Pflasterstreifen sind an einem stellbaren Querstab oberhalb des Steigbügels befestigt. — Die Extension wird während der Anlegung des Apparates allmählich gesteigert, event. durch Morphin erleichtert. — Eine eventuelle fehlerhafte Stellung kann später auch noch korrigiert werden durch Verwendung eines Ringreifens nach Durchtrennung des Verbandes. — In den ersten Tagen geht der Kranke auf einer Gehschule, später auf Krücken. 15—25 Tage nach der Reposition wird das Fußgelenk freigemacht, die Extension bleibt; um diese Zeit oder später beginnt die Bewegung im Kniescharnier. Der Apparat bleibt 25—60 Tage liegen, je nach dem Alter, der Frakturstelle, dem Grade der Callusbildung. Wenn nötig, ist eine neuerliche Immobilisierung angezeigt. Bei alten Leuten wird weniger die exakte Reposition als die Besserung des Allgemeinzustandes zu berücksichtigen sein. Ihnen ist der Gipsverband sobald als möglich anzulegen, der ihnen die Bewegung im Bett erleichtert, sie beginnen am folgenden Tage die Gehversuche. R. hat mehrere über 80 Jahr alte Pat. so geheilt. Die Resultate bei den jüngeren Kranken sind glänzende. Die allermeisten gehen gern schon in den ersten Tagen, viele benutzen vom 15.—20. Tage ab keinerlei Stütze mehr. Die feste knöcherne Vereinigung war stets, und zwar längstens am 60. Tage, nachweisbar, die funktionelle Heilung nach 2—4 Monaten. **J. Sternberg** (Wien).

---

18) **A. Hoffmann.** Zur Technik der Patellarnaht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 623.)

H. beschreibt eine Kniescheibennahtmethode von Payr. Mit einem Bohrer werden in der Längsrichtung des Beines von den Bruchflächen aus, beim oberen Fragment nach oben, beim unteren nach unten, je zwei annähernd parallel verlaufende Bohrlöcher angelegt, die oben jederseits der Quadricepssehne, unten jederseits des Lig. patell. propr. die Kniescheibe durchbohren. Eingeführt wird ein sich zum Kreise bzw. Viereck schließender Draht, der direkt oberhalb und unterhalb der Kniescheibe die Quadricepssehne bzw. das Lig. patellae

durchbohrt. Nachbehandlung in leichter Flexionsstellung (ca. 140°). Eine erläuternde Zeichnung ist beigegeben.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

---

19) **v. Heuss.** Versuche zur ambulanten Behandlung der Fußgeschwulst.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1908. Hft. 1.)

v. H. versucht die mit »Fußgeschwulst« behafteten Leute, die bisher anfangs meistens mit Bettruhe behandelt wurden, ambulant durch Umlegen einer Klebebinde um den Mittelfuß wieder dienstfähig zu machen. Der Unterlegestoff der Binde besteht aus dehnbarem Krepp, dessen eine Seite mit einer Heftpflastermasse bestrichen ist und welcher bei L. Frohnhäuser, München, Sonnenstraße, bezogen werden kann. Der Daumen der linken Hand drückt auf das distale Ende des fünften, der Mittelfinger auf das distale Ende des dritten Mittelfußknochens, um eine Annäherung des äußeren und inneren Fußrandes zu bewirken, mit der rechten Hand wird die Binde angelegt, und zwar rund um den Mittelfuß, beginnend dicht oberhalb der Zehen und fortfahrend bis an den vorderen Rand der Knöchel. Die Leute vermögen in einem Schnürstiefel sofort nach Anlegen der Binde umherzugehen. Die Binde bleibt möglichst 3 Wochen liegen. Von 41 so behandelten Pat., unter welchen allerdings nur 11 röntgenologisch nachweisbare Mittelfußknochenbrüche hatten, wurden 19 sofort dienstfähig, die übrigen taten 1—9 Tage nur inneren Dienst; sämtliche Leute wurden soweit wieder hergestellt, daß sie das Mannöver mitmachen konnten. Die Zahl der namentlich als Knochenbruch nachgewiesenen Fälle ist noch etwas klein, um bestätigen zu können, daß das Verfahren für alle Fälle von Mittelfußknochenbruch erfolgreich anwendbar ist (Ref.).

Herhold (Brandenburg).

---

20) **J. Hennequin** et **R. Loewy.** Les luxation des grandes articulations, leur traitment practique. 400 S. 125 Abbild.

Paris, **Felix Alcan,** 1908.

H. und L. geben uns in dem oben genannten Buche eine äußerst übersichtliche Darstellung des Wesens, der Symptome und der Behandlung der Verrenkungen der großen Gelenke. Sie behandeln darin nur die Verrenkungen auf traumatischer Basis, diese aber mit einer Gründlichkeit und Klarheit der Sprache, daß sie in dem Werke uns nicht nur ein Lehrbuch, sondern auch ein Nachschlagewerk an die Hand geben.

Nach einer Einleitung über die Generalsymptome der Verrenkungen im allgemeinen und einer sehr klaren Darstellung der Röntgenographie mit ihren Fehlerquellen und deren Vermeidung behandeln sie die Verrenkungen der Schulter, des Ellbogens, des Handgelenkes, des Schlüsselbeins, der Hüfte, des Knies und des Fußes. Einteilung der verschiedenen Verrenkungen, Symptome, mit besonderer Sorgfalt diffe-

rentialdiagnostisch wichtige Symptome, Einrichtung und Nachbehandlung werden ausführlich besprochen.

Neben den einfacheren Methoden der Einrichtung der Schulterverrenkung wird besonders eingehend die Kocher'sche Methode beschrieben und durch sehr gute Bilder erläutert, wobei die Vorteile dieser Methode vor der ihr ähnlichen von Lacour vollständig anerkannt werden. Unter den gewaltsamen Repositionsmethoden finden wir besonders die Anwendung eines von H. angegebenen Apparates hervorgehoben, der im wesentlichen aus einem Extensionsapparat mit Kurbelantrieb und zwischengeschaltetem Dynamometer und einer Schlinge zur Kontraextension besteht. Die verschiedenen Anwendungsmethoden dieses Apparates sind durch sehr gute instruktive Bilder erläutert. Sehr ausführlich sind auch die Verrenkungen der Hüfte behandelt; in diesem Kapitel haben mir vor allem die Illustrationen gefallen, die nebeneinander die veränderte Stellung der Knochen im anatomischen Präparat und den äußeren Anblick der Verrenkung vor Augen führen.

Neben den unblutigen Verfahren werden auch die verschiedenen chirurgischen Eingriffe mit ihrer nötigen Nachbehandlung besprochen, die nötig werden können, um funktionell gute Endresultate zu erzielen. In einem besonderen Kapitel werden dann noch die Verrenkungen der Neugeborenen erwähnt, die im Verlaufe der Geburt eintreten können. Ferner finden wir die Behandlung komplizierter, infizierter Verrenkungen mit Bier'scher Stauung, mit Saugapparaten, sowie die Behandlung versteifter Gelenke mit Heißluftapparaten empfohlen.

Das Buch, das für den Praktiker von großem Wert ist, ist mit sehr zahlreichen, zum Teil meisterhaften, instruktiven Illustrationen versehen, wobei durch Bilder von Repositionsmethoden und Apparaten des Mittelalters auch der historischen Entwicklung der Behandlungsmethoden Rechnung getragen ist. **L. Simon** (Mannheim).

---

21) **Estor.** De la subluxation congénitale du poignet.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 8 u. 9.)

An der Hand genauer Literaturstudien und eines eigenen Falles hat E. die Geschichte, pathologische Anatomie, Ätiologie, Pathogenese, Klinik und Behandlung der Madelung'schen Krankheit eingehend bearbeitet. Wenn auch Malgaigne schon 1855 über eine einschlägige Beobachtung berichtet und Jean 1875 zuerst eine solche genauer beschrieben hat, so erkennt Verf. Madelung doch das unbestreitbare Verdienst zu, durch seine 1878 erschienene Arbeit Wesen und Bedeutung des Leidens, das seinen Namen trägt, klargestellt zu haben.

Besondere Beachtung verdienen die Abschnitte über Entstehung und Behandlung der Krankheit. Unter den mancherlei Theorien über die Pathogenese hält E. die Auffassung von der Entwicklung des Leidens aus einer angeborenen Anlage für die gesichertste und stützt seine Ansicht mit sehr stichhaltigen Gründen. Eine Andeutung der

Deformität ist fast bei allen Menschen zu finden: das Köpfchen der Ulna überragt an der Streckseite stets mehr oder weniger die Handwurzel. Den meisten Menschen fällt das indes nicht auf, weil der Ulnarrand der eigenen Hand der Betrachtung nicht so zugänglich ist; man kann sich davon aber leicht durch das Spiegelbild und die Betastung der Hand überzeugen. Da der Radialrand der Hand wenigstens im Beginn der Krankheit wenig bemerkenswerte Veränderungen zeigt, so übersehen auch die Kranken selbst oft ihre Deformität. Die Biegung des unteren Radiusdrittels oder -viertels mit vorderer Konkavität läßt sich in geringerem Grade an jedem normalen Speichenknochen darstellen, wenn man ihn längs von vorn nach hinten durchsägt. Besonders beweisend für die Erblichkeit ist das so häufige familiäre Auftreten des Leidens, das nach E.'s Zusammenstellung unter 85 Fällen 36mal beobachtet wurde. Die Doppelseitigkeit, die bei 70 von den 85 Fällen gesehen ward, überwiegt auch bei vielen anderen angeborenen Mißbildungen. Die wesentliche Ursache für das Zustandekommen der Deformität erblickt E. mit Guépin in einer angeborenen schlaffen Gelenkverbindung zwischen den unteren Enden der Unterarmknochen. Sie kann indes bis zum späteren Wachstumsalter latent bleiben und sich erst unter dem Einfluß eines Traumas oder der beruflichen Überanstrengung der Hand, besonders in der Lehrzeit, weiter ausbilden und Störungen verursachen. Gegen eine rachitische Grundlage (Duplay, Delbet) sprechen die im zartesten Kindesalter ohne eine Spur englischer Krankheit beobachteten Madelung'schen Subluxationen; wären sie rachitischen Ursprunges, so würde man ihnen sicherlich viel öfter begegnen. Ihr Zusammentreffen mit den Erscheinungen der sogenannten Spätrachitis hat nach E. keine Beweiskraft. Der Ansicht von Madelung und Redard, welche die Deformität auf unregelmäßiges Längenwachstum infolge traumatischer Beeinflussung der Epiphysenknorpel zurückführen, kann sich E. auch nicht anschließen, da derartige Traumen bei Kindern immer und im späteren Wachstumsalter häufig fehlten oder so gering waren, daß sie auf das Knochenwachstum unmöglich einwirken konnten. Die nervöse Theorie (Tripier, Félix), welche wegen der — erst im späteren Verlauf — eintretenden Kontrakturen und der Doppelseitigkeit eine Rückenmarkerkrankung als Ursache des Leidens annimmt, ist, wie E. sicher mit Recht bemerkt, so weit hergeholt, daß alle anderen Erklärungen einfacher und glaubwürdiger klingen.

Die konservative Behandlung mit Schienen-, Hülsen- und Zugvorrichtungen wirkt nur palliativ und erleichternd durch die Ruhigstellung, besonders wenn ein Trauma vorherging. Die naheliegende Arthrodese im unteren Radioulnargelenk ist ausgeschlossen, da sie die Supination und Pronation unmöglich machen würde. E. macht den neuen Vorschlag, in allen Fällen, wo die Deformität besonders die Ulna betrifft, ihre Osteotomie vier Fingerbreiten oberhalb des Griffelfortsatzes auszuführen und die von Duplay angegebene lineare Osteotomie des Radius nur bei erheblicher Verkrümmung desselben hinzu-

zufügen. Selbstverständlich darf nur bei Bewegungsstörungen im Handgelenk blutig eingegriffen werden. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

22) **H. Siegrist.** Über Manus valga oder sogenannte Madelung'sche Deformität des Handgelenkes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 524.)

Die fleißige, aus dem Röntgenlaboratorium von de Quervain hervorgegangene Arbeit ist als monographische, zurzeit erschöpfende Abhandlung zur Sache anzusehen. Sie beginnt mit Beschreibung und genauester Befundaufnahme dreier selbst beobachteter typischer Fälle, liefert sodann eine tabellarische Zusammenstellung der bisher gesammelten Fälle, um mit einer epikritisch-klinischen Allgemeinbesprechung zu schließen. 22 teils photographische, teils röntgenologische Abbildungen illustrieren die Beschreibungen in hinlänglicher Weise; zum Schluß der Arbeit steht ein 36 Nummern zählendes Literaturverzeichnis.

Von den gewonnenen Ergebnissen sei folgendes angeführt. Ätiologisch ist für die Erkrankung ein deformierendes Knochenwachstum anzunehmen, das als Rachitis oder Spätrachitis zu deuten ist, wofür spricht, daß andere rachitische Deformitäten als Skoliose, Pes valgus nicht ungewöhnliche Begleiterkrankungen sind. Doch sind auch individuelle Prädisposition, Erblichkeit und in weiterer Linie Schädlichkeiten durch mit dem Beruf (Wäscherinnen! usw.) zusammenhängende Strapazierungen der Hände von Bedeutung. Das weibliche Geschlecht ist ungleich häufiger als das männliche betroffen. Die Krankheit entwickelt sich im späteren Wachstumsalter vom 12. Jahre an, erstreckt sich über mehrere Jahre und verläuft unter Schmerzen. Eigentlicher Krankheitssitz ist die untere Radiusepiphyse, deren Gelenkfläche den rechten Winkel zur Ebene des Vorderarmes verläßt und sich um eine quere Achse volarwärts neigt. Der Umstand, daß die meisten Hantierungen durch die antebrachialen Hand- und Fingerbeugemuskeln, welche an Kraft den Streckern überlegen sind, verrichtet werden, läßt das, eine abnorme Knochenweichheit vorausgesetzt, begreiflich erscheinen. Derselbe Muskelzug vermittelt weiter eine stärkere lateral-konvexe Krümmung des Radiusdiaphysenschaftes und eine abnorme Ulnarneigung der Gelenkfläche des Radius. Das Verhalten der Ulna ist nur passiv. Gegenüber der Volarverkrümmung des unteren Radiusteiles bleibt sie dorsal zurück, wird aus dem Gelenkverband ausgeschaltet, funktionslos und wächst dahin, wo sie den geringsten Widerstand findet, also dorsalwärts. Hieraus resultiert die regelmäßig vorhandene Krümmung des unteren Ulnaendes nach dem Dorsum hin, sowie die in vielen Fällen vorhandene Hypertrophie des Proc. styloideus. Schließlich ist eine Verlagerung der Handwurzel volar- und proximalwärts zu registrieren, durch Muskelkräfte — wiederum der Beuger — erklärbar, der entsprechend der ganze Carpus etwas volarwärts gezogen wird. Funktionell ist die Volarflexion am

wenigsten, die Dorsalflexion am meisten behindert. Therapeutisch ist von Operationen nicht viel zu halten, auch mit orthopädischen Bandagen bislang nichts Reelles erreicht. Möglich, daß deren Frühanwendung, schon zur Zeit der Entwicklungsstadien der Erkrankung, nützen könnte.

Reinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

23) V. Schoch. Beitrag zur Kenntnis der typischen Luxationsfraktur des Interkarpalgelenkes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 53.)

Mit dem Namen einer interkarpalen Luxationsfraktur belegt S. die Kombination eines Bruches des Kahnbeines mit Verrenkung des Mondbeines volarwärts, wobei letzteres das proximale Fragment des Kahnbeines mit in die Verrenkungsstellung nimmt. Diese kombinierte Handverletzung wurde zuerst von de Quervain beschrieben und ist von diesem neuerdings in drei weiteren Fällen exakt nachgewiesen, die in S.'s Arbeit genau unter Beigabe mehrfacher Röntgenogramme berichtet werden. Ihnen schließen sich, ebenfalls genau beschrieben, zwei Fälle aus dem Krankenasyl Neumünster, Zürich (Chefarzt F. Brunner) an und weiterhin eine Reihe aus der Literatur von S. zusammengestellter Beobachtungen, was ein Gesamtmaterial von 30 einschlägigen Fällen gibt. Da in diesem durchweg der wesentliche Verletzungsbefund derselbe ist, sieht S. in der fraglichen Luxationsfraktur eine typische Verletzung, deren klinische Verhältnisse er erschöpfend erörtert.

Verursacht wird die Verletzung stets durch sehr große Gewalteinwirkung, meist durch Stürze aus beträchtlicher Höhe, womit zusammenhängt, daß die Verletzten meist Männer sind und in den Jahren der besten Arbeitskraft stehen. Für den Mechanismus der Verletzung ist von Bedeutung, daß an der Articulatio radio-carpalis im wesentlichen nur das Mondbein mit dem proximalen (ulnaren) Teile des Kahnbeines beteiligt ist, während das Triquetrum mit dem Erbsenbein und der distale (radiale) Teil des Kahnbeines mehr in enger Beziehung zum distalen Carpusteile stehen. Die Verletzung kann durch Fall auf die Hand bei verschiedener Stellung der letzteren zustande kommen, und wechselt mit der Handstellung auch die Art der Verletzungsmechanik. a. Bei einem Fall auf den ausgestreckten Arm bei mäßiger Dorsalhandflexion treibt der Stoß, besonders durch den Metacarpus III und das Kopfbein, das Mondbein und das proximale Bruchstück des dabei brechenden Kahnbeines aus seiner normalen Stellung volarwärts hinaus (de Quervain). b. Schlägt der Pat. voll mit dem Handballen gegen den Boden, so wird das Kahnbein zwischen dem Handballen und dem Radius gebrochen und dann durch die nachfolgende Hyperextension sein proximales Fragment mit dem Mondbeine zusammen nach Einreißen der Kapsel zwischen letzterem und dem Kopfbeine volarwärts hinausgehebelt. (Mehrere von S. angestellte Leichenexperimente stützen diese Theorien.) c. Auch bei volarflektierter Hand kann

die Verletzung zustande kommen, doch bleibt hier ihre Mechanik noch nicht genügend aufgeklärt. Die Hauptsymptome der Verletzung bestehen in Schwellung der Handgelenkgegend mit Unmöglichkeit aktiver Handbewegungen und großer Schmerzhaftigkeit passiver Versuche dazu, ferner Verdickung, Verbreiterung und Verkürzung des Carpus, dann in einer vor dem volaren Radiusrande meist durchtastbaren knöchernen Resistenz und den durch sie bedingten Bewegungsstörungen der Finger, und endlich in Erscheinungen von Druck auf den N. medianus. Dazu kommt die Würdigung der Röntgenogramme, zur Deutung von deren ziemlich komplizierten Figuren die Bilder der Arbeit nebst ihrem Erläuterungstexte gute Anleitung gewähren. Differentialdiagnostisch kommt wesentlich einerseits die isolierte Mondbeinverrenkung in Frage, von der Luxationsfraktur unterschieden durch Fehlen der Druckempfindlichkeit am Kahnbein und der häufigen radialen Verschiebung der ganzen Hand, andererseits der isolierte Kahnbeinbruch, wobei die volarwärts verrenkten Knochenteile nicht tastbar sind. Die Prognose ist stets als ernst zu betrachten. Nur wo die Reposition gelingt, ist annähernd völlige Herstellung der Funktion zu hoffen. Sonst bleibt auch bei operativer Behandlung Beschränkung der Beweglichkeit vom Handgelenke zurück, während allerdings die Fingerbewegungen und die Kraft wieder fast normal werden, so daß wenigstens für gröbere Arbeit die Hand nach 1—3 Jahren wieder ihre alte Gebrauchsfähigkeit erlangt. Ohne Operation sind die Aussichten noch viel schlechter, und kann selbst völlige Handgelenkankylose eintreten. Die völlige Erwerbsunfähigkeit dauert bei sofortiger richtiger Behandlung durchschnittlich mindestens 2—3 Monate, die bleibende Invalidität ist erst nach 2—3 Jahren abschätzbar und beträgt durchschnittlich ca. 10%. Therapie: in erster Linie Reposition, sei es blutig, sei es unblutig. Sonst event. Exstirpation des verrenkten irreponiblen Mondbeines nebst dem mit ihm zusammenhängenden ulnaren Kahnbeinfragment (in etlichen Fällen von S.'s eigenem Berichtsmateriale mit recht guten Erfolgen vorgenommen). Zur Nachbehandlung ist die mediko-mechanische Gymnastik von der größten Wichtigkeit.

Zum Schluß Literaturverzeichnis von 125 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

24) **E. Hagenbach.** Meniscusverletzungen.

(Med. Klinik 1907. p. 1499.)

Aus einer Zusammenstellung neuerer Arbeiten über Meniscusverletzungen zieht H. folgende Schlüsse: Ist die Reposition der verletzten Bandscheibe möglich, so ist ein Versuch mit nicht operativer Behandlung am Platze. Ist die Reposition nicht ausführbar, oder liegt ein Rückfall vor, so muß chirurgisch eingegriffen werden. Dabei kann in frischen Fällen und bei geringer Verletzung des halbmondförmigen Knorpels (Lockerung oder Abriß vom Schienbein) die Naht versucht werden. Sonst ist stets der Meniscus zu entfernen. Durch Verlegen-

heitskuren (Massage, Wasser, Licht, Elektrizität) wird namentlich das Halbinvalidentum des rückfälligen Kranken nur hingezogen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

25) **O. Rumpel.** Über Geschwülste und entzündliche Erkrankungen der Knochen im Röntgenbilde.

(Fortschritte der Röntgenstrahlen. Ergänzungsband XVI. 140 Bilder.)
Hamburg, Gräfe & Sillem.

Eines der wichtigsten Kapitel des »Archivs und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern« ist hier durch zahlreiche, wie immer vorzüglich wiedergegebene Bilder und ihnen vorangeschickten erläuternden Text so behandelt, daß es selbst den Erfahrenen in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen eine gute Hilfe sein wird. Gerade die immer wiederholte Gegeneinanderstellung von Geschwülsten und verschiedensten entzündlichen Erkrankungen ist von hohem Werte. Den zuerst behandelten Chondromen läßt R. eine Besprechung der Knochencysten folgen. Letztere können das Endresultat verschiedener Erkrankungen sein; speziell hat man zwischen den Solitärcysten — ätiologisch wahrscheinlich den Geschwülsten zuzurechnen und am meisten den Enchondromen ähnelnd — und den meist mehrfachen Cysten der Ostitis fibrosa zu unterscheiden. Bei den Exostosen erwähnt Verf. einen Fall späterer bösartiger Umwandlung. Den breitesten Raum nimmt, wie natürlich, die Schilderung der Sarkome ein. Die vielfach vorgenommene Röntgenographie von Querschnitten exstirpierter Geschwülste ergab eine viel bessere Erkennung ihres Ausgangspunktes. Danach wird man zweckmäßig, Ribbert folgend, nicht von vornherein zwischen periostalen und myelogenen Sarkomen unterscheiden, sondern nach der Ausbreitung zwischen zentralen und peripheren. Die meisten entstehen aus der Spongiosa der Diaphyse. Als seltene Lokalisationen gibt R. Bilder von Sarkomen des Talus und Metatarsus.

Auch den Karzinomen sind einige Bilder gewidmet. Bei der Besprechung der entzündlichen Erkrankungen, Osteomyelitis, Tuberkulose, Syphilis wird durch Gegenüberstellung immer wieder gezeigt, wie sich ihre Bilder voneinander und von denen der Geschwülste unterscheiden. Freilich wird auch bei sorgfältigstem Studium derselben noch mancher Fall übrig bleiben, der eine sichere Differentialdiagnose nicht stellen läßt.

Eine Wiedergabe der feineren Unterscheidungsmerkmale im Referate verbietet sich durch ihre Fülle. Ein Studium des Buches, welches wohl zum ersten Male dieses Gebiet so umfassend behandelt, erscheint demnach als angenehme Pflicht jedes Chirurgen.

Renner (Breslau).

---

26) M. B. Ware. Radiograms of syphilis of the long bones.
(Journ. of cutan. diseas. 1907. November.)

Auf dem sechsten dermatologischen internationalen Kongreß im September 1907 in Neuyork hat W. eine große Anzahl von Röntgenogrammen demonstriert, die er von Syphilitikern bei spezifischen Erkrankungen der langen Röhrenknochen entnommen hat. Er faßt seine Auffassung in einem Autoreferat in folgender Weise zusammen:

Ein typischer Befund in den Röntgenbildern ist eine kreisförmige Verdickung des Periosts und hier eine Vermehrung des Schattens, der durch proliferative Veränderungen in den Knochen hervorgerufen wird. Sie ist scharf lokalisiert und setzt sich genau gegen das gesunde Gewebe der Umgebung ab. Die Stärke des Schattens führt dazu, einen Herd von Kalksalzen im Periost anzunehmen. Daneben finden sich durchsichtige Flächen, in denen der Schatten in der Corticalis vermindert ist und in denen die Wahrscheinlichkeit eines Gummas vorliegt, also wohl eine Absorption der Knochensubstanz stattgefunden hat. Ist die Corticalis entzündlich mit ergriffen, so ist der Schatten diffuser und seine Umrisse sind in größerer Ausdehnung unregelmäßig; er kann so weit in das Knochenmark hineinreichen, daß dieses zu verschwinden scheint. Der Schatten der gesunden, nicht beteiligten Teile des Knochens ist bei Syphilis im klaren Bilde erhalten, was bei anderen Erkrankungen nicht der Fall zu sein pflegt. So markieren sich im Bilde deutlich die verschiedenen Vorgänge, welche die Syphilis im Knochen erzeugt, einmal nach der hyperplastischen Richtung hin, in einer Wucherung der Knochensubstanz und einer Vermehrung des Schattens, und ein anderes Mal nach der rarifizierenden Richtung hin in einem Verschwinden des Schattens und in einer größeren Transparenz. Wenn auch die einzelnen Bilder sehr klar erscheinen können, so kommen doch Zwischenstufen vor, bei denen Unterscheidung zwischen tuberkulösen und syphilitischen Affektionen nicht leicht und einfach ist. Das muß Verf. dann doch schließlich selbst in seiner Endbemerkung zugeben.

Harttung (Breslau).

---

27) Ménard. Étude sur la coxalgie. 438 S. Mit 208 Textabbildungen und 26 Röntgentafeln.
Paris, **Masson & Co.,** 1907.

Das vorliegende Werk bringt auf 438 Seiten eine umfassende monographische Darstellung der Hüftgelenkstuberkulose. Es zerfällt in einen anatomischen, klinischen und therapeutischen Teil, deren jeder zahlreiche instruktive Abbildungen aufweist. Den Abschluß des Werkes bilden 26 ausgezeichnete und vorzüglich wiedergegebene Röntgenbilder von gut ausgeheilten Tuberkulosen, die den Grundgedanken des Verf.s illustrieren, der dahin geht, daß »eine beträchtliche Anzahl tuberkulöser Hüftgelenksentzündungen ohne Störung der Funktion und mit vollkommener Erhaltung des Gelenkes ausheilen kann, wofern man nur die Behandlung mit der Länge der Dauer und dem Verlaufe der

Krankheit in Einklang zu bringen versteht.« M. gibt zwar selbst zu, daß zurzeit diese günstigen fehlerlosen Heilungen noch sehr vereinzelt sind, aber er führt das darauf zurück, daß »die medizinische Welt die langwierige Dauer des Leidens und die Notwendigkeit einer langen Behandlungsdauer nicht zugeben will«. Ob und wie weit dieser Satz für die französischen Verhältnisse zutreffend ist, entzieht sich hier der Beurteilung.

Das Werk M.'s verdient zweifellos weit über den Kreis seiner Landsleute hinaus Beachtung. Angenehm berührt die ruhige und sachliche Darstellungsweise, die sich vorteilhaft von jener apodiktischen Schreibweise abhebt, der man nicht so selten in der neueren französischen Literatur begegnet. Bringt es im wesentlichen für uns auch nichts, was nicht schon längst in unseren klassischen Tuberkulosewerken niedergelegt ist, so macht es allein schon der Umstand bemerkenswert, daß hier ein Chirurg seine Erfahrungen und Anschauungen mitgeteilt hat, der als langjähriger Leiter des bekannten Seehospitals in Berc-sur-mer unter außerordentlich günstigen Verhältnissen den Kampf gegen die Hüftgelenkstuberkulose aufzunehmen in der Lage ist. Aus diesem Grunde dürfte es besonders interessieren, daß M. trotz aller Betonung seines konservativen Standpunktes gezwungen war, bei einer Gesamtzahl von 1361 Fällen, die in einem Zeitraume von 10 Jahren zur Behandlung kamen, 268mal operativ vorzugehen; und zwar wurde in 24 Fällen die Resektion ausgeführt; bei letzteren mußte sekundär noch 16mal exartikuliert werden. Diese Zahlen sprechen namentlich unter Berücksichtigung der Verhältnisse und des Standpunktes des Verf.s doch eine sehr deutliche Sprache. Bezüglich weiterer Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden.

Deutschländer (Hamburg).

---

28) **Mauclaire** et **Olivier.** La coxa valga et ses variétés.

(Arch. génér. de chir. Bd. II. Hft. 1.)

Verff. bringen eine ausführliche Zusammenstellung der bisher über die Coxa valga berichteten Tatsachen und bereichern gleichzeitig die Kasuistik des Krankheitsbildes durch 16 neue Fälle. Die Bezeichnung Coxa valga wird einzig und allein für jene Schenkelhalsdeviationen gewählt, bei denen neben der abnormen Stellung des Schenkelhalses eine Abduktion und Außenrotation der ganzen unteren Extremität vorhanden ist.

Die abnorme Stellung des Schenkelhalses kann anatomisch in der verschiedensten Weise bedingt sein. Hypoflexion, Hypoflexion und Ante- oder Retroversion, Hyperflexion und Hyperflexion mit Ante- oder Retroversion kommen in Frage.

Für die Pathogenese sind angeborene Entwicklungsfehler, Knochenerkrankungen (Osteomyelitis, Achondroplasie, Rachitis, Exostosen, Tuberkulose), ferner Traumen und statische Mißverhältnisse als wesentlich zu betrachten. Besonders betont wird der Einfluß der angeborenen Hüftverrenkung, der zuerst von deutschen Autoren (Dreh-

mann) hervorgehoben wurde. Bei den statischen Mißverhältnissen wird die Häufigkeit des Vorkommens der Coxa valga bei Hydrocephalus erwähnt. Zur Therapie wird in erster Linie die Immobilisation durch redressierende Gipsverbände empfohlen, sofern es sich um primäre Veränderungen handelt.

Einige schematische Figuren und eine erschöpfende Literaturangabe vervollständigen die Arbeit. **Strauss** (Nürnberg).

---

29) **R. Wilmanns.** Ist bei spontaner Gangrän der Extremitäten prinzipiell hoch zu amputieren?

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 556.)

Zu dieser Frage ergiebt zunächst eine Statistik über 174 operierte Fälle von präseniler, seniler und diabetischer Gangrän:

Primär, oberhalb des Kniegelenks amputiert: 64; † 27; geheilt 37 Fälle.

Unterhalb des Kniegelenks amputiert: 110; † 24; nachamputiert 21; geheilt 86 Fälle.

Diese Zahlen zeigen, daß bei tiefer Amputation die Gefahr der Nachgangrän zwar groß ist, aber auch konservative Eingriffe zu Heilung führen.

Den Entscheid darüber, ob im konkreten Falle hoch oder niedrig zu amputieren ist, kann nicht der Nachweis von der Durchgängigkeit oder vom Verschluß der A. poplitea erbringen; denn es können einerseits bei völligem Verschluß der Poplitea Kollateralen genug bestehen, die zur Aufrechterhaltung der Zirkulation ausreichen, wie insbesondere die Fälle demonstrieren, in denen der Verschluß der Arterie nachweisbar viel älter ist als der Beginn der Gangrän; andererseits kann die Gangrän nach der Amputation trotz der Durchgängigkeit der Poplitea fortschreiten, wie in einem Falle Goldmann's wegen Venenthrombose.

Die spontane Gangrän beruht auf einer Zirkulationsinsuffizienz, deren Folgen sowohl von dem Verhalten der Herzkraft als auch von den lokalen Veränderungen der Gefäße, und zwar nicht ausschließlich der Arterien, sondern auch der Venen, abhängen. In jedem Falle erstreckt sich die Zirkulationsstörung weit über die Grenze der Demarkation. Es ist daher konsequent, prinzipiell hoch zu amputieren, aber inkonsequent, sich dabei nach dem Verhalten der Art. poplitea zu richten.

Verf. hält aber auch ein konservatives Verfahren für gerechtfertigt, weil er glaubt, daß man aus der Bestimmung der Herzkraft einerseits und der Art der Demarkation andererseits den Gesamtzustand der Zirkulation beurteilen und daraus die erlaubt tiefste Amputationsstelle bestimmen könne. Erfolgt die Demarkation rasch und bestimmt, so ist jenseits eine genügende Kompensation der Zirkulationsstörung vorhanden, erfolgt sie langsam, unbestimmt oder gar nicht, so liegt eine schwere Zirkulationsschädigung vor, die zu hoher

Amputation zwingt. Eine Besserung der Herzkraft vor der Operation ist in jedem Falle für den Erfolg von großem Belang.

In einem nach diesen Prinzien behandelten Falle von doppelseitiger Spontangangrän führte die Unterschenkelamputation zur Heilung.

Reich (Tübingen).

---

30) **B. P. Jenochin.** Zur Kasuistik der Hüftexartikulationen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

In der vorantiseptischen Zeit betrug die Mortalität 70%; sie ist bis auf 22% gesunken. W. J. Rasumowski (Kasan) operiert in der Weise, daß er zunächst die Art. und V. iliaca externa unterbindet, wobei zugleich suprapoupartische Drüsen entfernt werden. Es folgt von einem neuen Schnitt Ligatur der Art. und V. cruralis. Dieser letzte Schnitt wird nach innen und außen verlängert. Die Weichteile werden Schnitt für Schnitt, unter sorgfältiger Ligatur sämtlicher Gefäße, durchtrennt. Der Blutverlust ist so minimal. Die Auslösung des Femurkopfes ist der letzte Akt.

R. hat nach diesem Plane zwei junge Männer (23 und 28 Jahre alt) mit ungeheuren (Photographien!) Oberschenkelsarkomen operiert. Beide haben die Operation gut überstanden.

V. E. Mertens (Breslau).

---

31) **Ferguson.** Excision of the knee-joint.

(Surgery, gynaecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Verf. schildert sein Verfahren der Kniegelenksresektion, die er vor allem bei der tuberkulösen Entzündung der Erwachsenen für indiziert erachtet. Der Hautschnitt verläuft bogenförmig an der Außenseite des Gelenkes. Die Kniescheibe und Quadricepssehne wird geschont und zur Seite gezogen. Bei der Exzision der Kapsel ist methodisches Vorgehen von oben nach unten nötig, die Gelenkausstülpungen am hinteren Umfang von Tibia und Fibula müssen besonders berücksichtigt werden. Die Knochen werden bogenförmig angefrischt, einzelne Knochenherde ausgekratzt. Alles tuberkulös erkrankte Gewebe wird nach seiner Freilegung mit Karbolsäure verätzt, Messer und Schere häufig gewechselt, um Infektion zu vermeiden. Nach der Resektion werden die frischen Wundflächen mit Jodoformemulsion abgerieben, einige Silkwormfäden dienen zur Drainage. Die Knochen werden nicht durch Naht vereinigt, ein gut angelegter Schienenverband (Macewen) hält das Bein in guter Stellung.

Für die Nachbehandlung muß betont werden, daß Pat. mindestens 6 Monate lang unter ärztlicher Aufsicht sein muß; so lange soll eine Knieschiene getragen werden.

Strauss (Nürnberg).

---

32) **A. le Dentu** et **P. Delbet.** Nouveau traité de chirurgie. IX. Muscles, Aponévroses, Tendons, Tissus péritendineux, Bourses séreuses par L. Ombrédanne. 198 S.

Paris, J. B. Baillière et fils, 1907.

Die vorliegende Monographie erscheint als der 9. Band des von le D. und D. herausgebenen Handbuches der Chirurgie (s. d. Zentralblatt 1907 Nr. 31) und soll, wie einleitend bemerkt wird, besonders die neu gewonnenen Tatsachen sowie die persönlichen Anschauungen des Verf. zum Ausdruck bringen.

Die klare und fesselnde Darstellungsweise O.'s macht die Lektüre des Buches zu einem Genuß, und die Abhandlungen über Muskelrupturen, Muskelhernien und Muskelosteome müssen als klassisch bezeichnet werden.

Bezüglich der Entstehung der Muskelosteome ist O. der Ansicht, daß die Mehrzahl derselben aus dem Muskelbindegewebe, vielleicht aus der zertrümmerten Muskelfaser selbst entsteht und nur eine Minderheit periostalen Ursprungs ist. Aus dem Kapitel über die Erkrankungen des peritendinösen Bindegewebes und der Sehnenscheiden wäre zu erwähnen, daß O. der Bier'schen Stauung bei der Behandlung der Sehnenscheidenphlegmonen keinen Vorzug vor den älteren Methoden zugestehen will. Besonders klar und prägnant ist wieder der Abschnitt über die Sehnenscheidentuberkulose geschrieben; die Reiskörperchen entstehen nach O. durch Coagulationsnekrose aus der innersten Schicht der Sehnenscheide; der primäre Fungus der Sehnenscheiden ist selten; denn sehr oft handelt es sich um einen primären tuberkulösen Knochenherd, der in das peritendinöse Gewebe durchgebrochen ist; die empfohlene Behandlung entspricht den in Deutschland üblichen Grundsätzen. Bei den Erkrankungen der Schleimbeutel sind die neueren Arbeiten in Deutschland, besonders auch die von unseren bisherigen Anschauungen abweichende Erklärung Langemak's bezüglich der Entstehung der Hygrome, eingehend berücksichtigt.

Auf alle Einzelheiten einzugehen, würde den Rahmen eines Referates überschreiten; es muß auf das Buch selbst verwiesen werden, welches eine wertvolle Bereicherung der chirurgischen Literatur darstellt.

Boerner (Rastatt).

Kleinere Mitteilungen.

Eine neue Schere.

Von

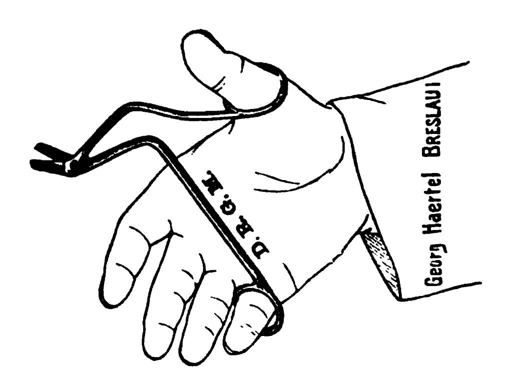
Dr. Victor E. Mertens,

Chirurg in Kiel.

Nicht umsonst wird an der Ausbildung unseres instrumentellen Rüstzeuges immerfort gearbeitet. Zielbewußte Sicherheit bei der Arbeit darf der Kranke stets von uns verlangen. Oft hängt der Erfolg aber auch von der Schnelligkeit unserer Arbeit ab in dem Sinne, daß die Dauer des Eingriffes eine möglichst kurze ist.

Zu dem Ende werden besonders die, denen es nicht gegeben ist, das Tempo ihrer Arbeit zu beschleunigen, danach trachten müssen, die Zahl ihrer Handgriffe nach Möglichkeit herabzusetzen, was zum Teil durch geeignete Instrumente erreicht werden kann.

Es gibt Operationen, bei denen der Operateur alle Augenblicke die Schere braucht. Addiert man die Zeit, die das Weglegen und Wiedernehmen erfordert, so ergibt sich eine merkbare Verzögerung. Daraus dürfte das Bedürfnis nach einer Schere entsprungen sein, die man in der Hand behalten kann, auch wenn man sie momentan nicht braucht. Eine solche Schere ist die Kocher'sche Ligaturschere, an die z. B. Ehrhardt vor einiger Zeit in diesen Blättern erinnert hat, und die auch das Urmodell der zu beschreibenden Schere ist. Mir ist nicht bekannt, in welcher Weise Kocher selbst seine Schere handhabt. Ich habe sie derart anwenden sehen und auch selbst angewandt, daß der Arbeitende den kleinen Finger in den Ring des langen Schenkels steckt und die Schere quer in der Hand ruhen läßt. Zum Schneiden wird der Daumen durch den Ring des kurzen Schenkels gesteckt. Nach erfolgtem Schnitte gleitet der Ring vom Daumen, und die Schere fällt in die Hand zurück.



Dem gegenüber ist meine Schere so gebaut, daß sie in jedem Moment ohne vorbereitende Hilfsbewegung schnittbereit ist. Wie aus der leider nicht sehr plastischen Zeichnung hervorgeht, liegt der Ring des langen Schenkels auf der Grundphalanx des fünften Fingers, der Ring des anderen am Metacarpophalangealgelenk des Daumens. Der kleinere Schenkel ist am Knick derart gebogen, daß der Ring und das anliegende Schenkelstück aus der Hauptebene des Instrumentes heraustreten. Dadurch wird erreicht, daß die Schere mehr in der Hohlhand liegt und die Bewegungen der Finger nicht beeinträchtigt. Wenn die Schere geschlossen ist, kann der Daumen mit den Spitzen der übrigen Finger in Berührung gebracht werden, mit anderen Worten: man kann zugleich mit anderen Instrumenten arbeiten, als hätte man die Schere gar nicht in der Hand. Will man aber schneiden, so genügt eine kleine Bewegung mit dem Daumen, um die schneidenden Blätter zu öffnen und zu schließen.

Einige Vorzüge der Schere seien kurz zusammengefaßt: 1) der Operateur braucht nicht nach der Schere zu greifen oder sie sich reichen zu lassen, er hat sie ein- für allemal schnittfertig an der Hand. 2) Das schneidende Ende der Schere kommt mit nichts anderem in Berührung als mit zu durchtrennenden Fäden resp. mit dem Operationsfelde. 3) Sie schneidet nicht nur Fäden, sondern auch Gewebe, falls es nicht zu dick ist. Sie ist bequem zum Schlitzen der Fascien und zum stumpfen Trennen (Hernien!). 4) Sie erweist sich als sehr nützlich in der kleinen Chirurgie und bei beschränkter Assistenz.

Ich arbeite mit der Schere, die in mehreren Exemplaren verbreitet ist, seit $1^1/_2$ Jahren. Selbstverständlich ist sie wie jedes andere Instrument nicht überall verwendbar, aber bei vielen Gelegenheiten würde ich sie jetzt ungern missen. Ich denke, die Bekanntschaft dieser Schere wird manchem Operateur nicht unwillkommen sein.

Hergestellt wird das Instrument von Georg Haertel in Breslau-Berlin. Das Muster ist geschützt.

33) v. Réczey. Arbeiten aus der II. chirurgischen Universitätsklinik in Budapest (1907).

Selbstverlag.

In dem 446 Seiten umfassenden Bericht über die Jahre 1906—1907 finden sich mehrere wertvolle Originalarbeiten und statistische Zusammenstellungen, welche interessante Daten bieten. Nebst kasuistischen Beiträgen sind experimentelle Aufsätze in das Werk aufgenommen, die, anderwärts bereits erschienen, im Zentralblatt eingehende Besprechung fanden. Auf die verschiedenen Details des Jahresberichtes kann hier nicht eingegangen, doch hervorgehoben werden, daß die Bearbeitung des klinischen Materials als gelungen bezeichnet werden kann.

P. Steiner (Klausenburg).

34) E. Gergö. Über den wissenschaftlichen und praktischen Wert der Alexander'schen Röntgenbilder mit plastischer Wirkung. (Aus der Budapester I. chirurgischen Klinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

Verf. hat das Alexander'sche Verfahren einer Nachprüfung unterzogen, deren Resultate im »Orvosi Hetilap 1907« veröffentlicht sind; hier unterzieht er nur drei Behauptungen Alexander's einer kritischen Würdigung und kommt zu dem Schluß, daß

1) schon die erste Röntgenplatte eine gewisse Plastik birgt;

2) daß die — übrigens nicht unbedingt erforderliche — Benutzung zweier Röhren keine Verzerrung veranlaßt;

3) daß in den endgültigen Bildern wirkliche Verhältnisse gezeichnet sind.

Somit sind die Alexander'schen Bilder in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung den gewöhnlichen weit überlegen. **Renner** (Breslau).

35) Porter and White. Multiple carcinomata following chronic X-ray dermatitis.

(Annals of surgery 1907.)

P. hat aus der Literatur zehn Fälle sammeln können, in welchen sich auf dem Boden eines durch Röntgenstrahlen hervorgerufenen Geschwüres ein Karzinom entwickelte. Er fügt einen elften, selbst beobachteten Fall hinzu. Es handelte sich um einen jungen Mann, bei dem sich nach Einwirkung einer weichen Röhre und naher Distanz derselben auf beiden Handrücken eine Hautentzündung zeigte. Nach und nach traten auf der Rückenfläche der Finger vereinzelte Geschwüre auf, die teilweise erfolgreich mit Exzision und Thiersch'scher Hautüberpflanzung behandelt wurden. Nur an beiden Ringfingern war diese Behandlung erfolglos; die Geschwüre hatten sich, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, in Karzinome verwandelt. Beide Finger wurden amputiert. Die Behandlung hatte bis zur Heilung, in diesem Falle 10 Jahre, gedauert, 25 kleinere Operationen waren notwendig.

In einem zweiten Falle, der ebenfalls näher beschrieben wird, entwickelte sich aus einem am rechten Ringfinger bestehenden Röntgengeschwür ein Sarkom; auch hier wurde der Ringfinger amputiert.

P. glaubt, daß die beste Behandlung der nach Röntgenstrahlen entstandenen und nicht heilenden Fissuren und Geschwüre in baldiger Exzision und Überpflanzung Thiersch'scher Lappen bestehe. Die Lappen müssen genau passen, P. bedeckt sie 24 Stunden mit Protektiv-Silk und bestreicht ihre Ränder mit Borsalbe.

Auf diese klinischen Teile folgen Beschreibungen und Zeichnungen mikroskopischer Schnitte, die aus 30 Fällen von Röntgendermatitis von White zusammengestellt sind. **Herhold** (Brandenburg).

36) G. Bolognino. Maligne Geschwülste und erysipelatöse Infektion.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VI. p. 261.)

Ein nach Kastration rezidiviertes, ein jauchiges Geschwür der Leistengegend darstellendes Adenokarzinom des Hodens heilte vollkommen aus, nachdem sich an die

teilweise Exstirpation und Ausschabung ein schweres Erysipel angeschlossen hatte; ebenso ein rezidiviertes Rundzellensarkom der Achselhöhle. Es stießen sich während des Erysipels nekrotische Geschwulstteile ab, und tiefe Narben blieben zurück. Beobachtungszeit 20, resp. 13 Monate. B. glaubt die nach Ausschabung geringe Größe der Geschwulst und die Heftigkeit des Erysipels als wesentliche Momente bei der Heilung ansprechen zu können. Goebel (Breslau).

37) **Martini.** Sopra due casi di paraplegia consecutiva a trattamento coi raggi Roentgen de tumori maligni.

(Policlinico 1907. Sez. chir. Nr. 11 u. 12.)

M. sah 2mal nach Röntgenbestrahlung von großen Geschwülsten eine rasch zum Tode führende komplette Paraplegie auftreten. Im ersten Falle war ein großes Sarkom der Brustwand, im zweiten ein Lymphosarkom des Halses beobachtet worden. Beide Geschwülste hatten sich rapid verkleinert, und nach 15 resp. 30 Bestrahlungen begann die Lähmung. Die Sektion zeigte, daß die wahre Geschwulst äußerlich verschwunden war, nach innen aber noch auf die Lunge übergriff. Das maligne Lymphom war vollkommen geschwunden und hatte nur Narbengewebe hinterlassen. Im Mark fand sich frische, weiche Erweichung; M. bezieht dieselbe auf toxische Einwirkung von Produkten des Zerfalles aus den rapid eingeschmolzenen Geschwulstzellen. E. Pagenstecher (Wiesbaden).

38) **Herxheimer und Hübner.** Zehn Fälle von Mycosis fungoides mit Bemerkungen über die Histologie und Röntgentherapie dieser Krankheit.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXXXIV. p. 241.)

Über zehn Fälle von Mycosis fungoides berichten Verff. Sie benutzten die Fälle, um neue histologische und therapeutische Erfahrungen zu sammeln. Sie halten das Zellinfiltrat bei Mykosis für spezifischer Natur; die kleinen runden Zellen unterscheiden sich von Lymphocyten durch den größeren Protoplasmaleib mit deutlicher Netzzeichnung und die Vielgestaltigkeit und z. T. schwächere Tingierbarkeit der Kerne. Die Röntgenstrahlen sollen direkt auf diese spezifischen Elemente wirken und sie zu zerstören imstande sein. Im übrigen empfehlen Verff. energisch die kombinierte Behandlung mit Arsen und Röntgenstrahlen, wollen damit, wenn rechtzeitig angewandt, teils Heilung, teils bedeutende Besserung der Krankheit erzielt haben. **M. Winkler** (Luzern).

39) **Radaeli** (Firenze). Emoangioendotelioma multiplo della cute con alterazioni multiple dello scheletro.

(Archivio di biologia normale e patologica Bd. V. 1907.)

Der Fall betrifft ein 10jähriges Mädchen, dessen Leiden seit 4 Jahren besteht. Die linke Hand zeigte verschiedene erbsengroße subkutane, teils warzenartig hervortretende Geschwülste an den Fingern und an der ulnaren Seite der Hohlhand, die mikroskopisch den Bau des Hämangioendothelioms aufwiesen. Die Haut der ganzen Hand war weiß, wachsartig glänzend und etwas verdickt, etwa an eine myxödematöse Beschaffenheit erinnernd; ihre Temperatur und Schweißsekretion etwas erhöht. Die einzelnen Finger waren wurstförmig verdickt. Das Röntgenbild zeigte eine konzentrische Verdickung der Grundphalangen besonders an deren Köpfchen. Nach Exstirpation rezidivierten die Hautgeschwülste, und während der Beobachtungszeit bildete sich sogar eine neue Geschwulst am Ellbogen. Die Röntgenbehandlung führte zu keiner nennenswerten Besserung.

R. nimmt an, daß die Bildung der Geschwulst und die Knochenaffektion zwei parallel laufende Prozesse auf gemeinsamer Basis seien. Eine nähere Erklärung vermag er nicht zu geben, auch die Literatur weist wenig ähnliche, keinen analogen Fall auf. — Drei schöne Tafeln illustrieren die interessante Beobachtung des Verf. **A. Most** (Breslau).

40) Delherm. La fulguration dans un épithélioma cutané. Résultats deux ans après.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 4.)

Im Jahre 1902 bemerkte der damals 59jährige Pat. 1 cm unterhalb des unteren Lides eine schwärzliche Erhebung, die sich von Zeit zu Zeit mit einer Kruste bedeckte. Allmählich wurde die Ulzeration größer und erreichte den Lidwinkel. Verschiedene Ärzte hatten ihn indifferent behandelt. Schließlich, als die Geschwulst den Lidrand zu zerstören drohte, entschloß man sich zur Operation. Vorher wurde noch ein Versuch mit Röntgenbestrahluug gemacht, nach dessen Fehlschlagen D. mit hochfrequenten und hochgespannten Strömen vorging (»faire de la haute frequence«). Schon nach der ersten Sitzung verkleinerte sich die Geschwulst, nach fünf Sitzungen — im ganzen — war jede Spur des »Epithelioms« am 25. August 1905 verschwunden.

Am 15. Januar 1908 hat D. den Mann nachuntersucht und die Haut absolut normal gefunden bis auf eine ganz geringe Rötung. **V. E. Mertens** (Kiel).

41) A. Ravogli. Elephantiasis infolge von Syphilis.

(Journ. of cutan. diseas. 1907. Februar.)

Verf. konstatiert zunächst, daß die in Amerika beobachteten Fälle von Elephantiasis keine Beziehung hätten zur Filariasis, doch sehr oft zu Syphilis. Bei dem von ihm beschriebenen Falle handelte es sich um einen Neger, bei dem nach fast erfolgloser Behandlung mit Hg und JK die elephantiastischen Veränderungen operativ beseitigt werden mußten. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung kommt R. zu dem Schluß, daß es sich bei Elephantiasis um einen chronisch entzündlichen Prozeß handele, wie dies besonders aus dem Nachweis von Mast- und Plasmazellen hervorgehe. Stase bedingt durch Narben, Entfernung von Lymphdrüsen gäbe nur den Nährboden ab für das entzündungserregende Agens, ob es nun die Spirochäte sei, oder Staphylokokken, Streptokokken usw. Bei der Syphilis sei die kleinzellige Infiltration auch eine Ursache für die Blutstauung in den Gefäßen. Ein Pendant zur Elephantiasis sei das Oedema induratum.

Engmann (Diskussion) führt die Elephantiasis aber auf sekundäre Infektion durch Strepto- und Staphylokokken zurück. **Grosser** (Breslau).

42) A. Schucht. Zur Kenntnis der diphtheritischen Hautentzündungen, besonders der durch alte Diphtheriebazillen hervorgerufenen.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXXV. p. 105.)

In 3 Fällen von Ulzerationen in der Genito-Analgegend konnte S. echte Diphtheriebazillen als Erreger konstatieren. In einem Falle von Ekthyma infantile und in einem syphilitischen Geschwür konnten ebenfalls Diphtheriebazillen festgestellt werden, deren Bedeutung für die betreffenden Fälle aber nicht entschieden werden konnte.

S. glaubt, daß es möglich sei, klinisch die Diagnose Hautdiphtherie mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu stellen; er legt dabei besonderen Wert auf die unregelmäßige Form der Geschwüre, den diphtherischen Belag, die leicht infiltrierten steil abfallenden Ränder und die Lokalisation (Genitalien, untere Bauchgegend, Leistenbeuge, Innenseite der Oberschenkel, große Labien usw.).

M. Winkler (Luzern).

43) A. B. Slater. A case of »diphtheria of the skin« of three years duration, treatet by antitoxin.

(Lancet 1908. Januar 4.)

Verf. beeinflußte mit bestem Erfolg einen Fall von Hautinfektion des Klebs-Löffler'schen Bazillus mit Diphtherieserum (B., W. & Cie.). Die Lokalisation des Leidens war der Reihe nach: Augen, Vulva und nach dem die ganze Haut. Es bildete sich an den erwähnten Stellen ein herpesartiger Ausschlag, den Verf.

als Resultat einer peripheren, durch die Bazillentoxine bewirkten Neuritis ausspricht. Das 13jährige Mädchen, das bereits 3 Jahre an der Erkrankung gelitten hatte, ist zweimal abgebildet: einmal vor der Behandlung, einmal, nachdem 7000 Immunisationseinheiten eingespritzt waren. Der Unterschied in dem Äußeren des Kindes ist ein erheblicher. Die Behandlung dauerte 20 Tage.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

44) **Axhausen.** Histologische Untersuchungen über Knochentransplantationen am Menschen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 388.)

A.'s aus der Helferich'schen Klinik in Kiel hervorgegangene Arbeit beansprucht besonderes Interesse, da sie Untersuchungen beschreibt, die eine gelungene Einpflanzung frisch entnommenen und von Periost gedeckten Knochengewebes am Menschen nach 51tägigem Bestehen zum Gegenstand haben. Bei einem 19jährigen kräftigen Manne war wegen Tuberkulose das distale Ende des ersten Mittelfußknochens nebst dem proximalen Gelenkende der Großzehengrundphalanx reseziert und in die Lücke ein der vorderen Tibiakante des Pat. im Zusammenhange mit Periost entnommenes Knochenstück mittels Einschiebung in die Markhöhle der beiden Knochenresektionsstümpfe eingepflanzt. Der Knochen heilte schön ein, doch mußte wegen Auftretens der Tuberkulose in anderen Metatarsalknochen der Fuß amputiert werden, womit das Präparat zur Untersuchung gewonnen ist. Die zahlreichen angefertigten Präparate bestätigten zwar Barth's Angaben, wonach transplantierter Knochen abstirbt und der tote Knochen durch neuen lebenden Knochen ersetzt wird, sie bewiesen aber auch, daß das mitüberpflanzte Periost lebend und produktionsfähig bleibt, und daß wahrscheinlich auch nicht das ganze Knochenmark abstirbt, ein Ergebnis, das mit Angaben von Radzimowsky und Sultan übereinstimmt. Richtig ist, daß das eingepflanzte abgestorbene Knochenstück allmählich durch neugebildetes Knochengewebe ersetzt wird, aber als Quelle dieses Ersatzes kommt in erster Linie das mitüberpflanzte Periost in Betracht, in zweiter Linie erhaltene Teile des mitüberpflanzten Knochenmarkes und erst in dritter (aber auch nur bei Transplantation in ein ossifikationsfähiges Lager) die knochenbildenden Gewebe dieses Lagers (Periost und parostales Gewebe). Aus diesen Ergebnissen folgt klinisch-praktisch, daß die Einpflanzung lebender Periost-Knochenstücke derjenigem von mazeriertem Knochen unbedingt überlegen und vorzuziehen ist.

Bezüglich der Details der histologischen Beschreibung wird auf das Original verwiesen; rühmend hervorzuheben sind fünf kolorierte Abbildungen, die, besonders charakteristische und beweiskräftige Präparate wiedergebend, ganz vorzüglich ausgeführt sind und den Beschauer ausreichend orientieren. Die einschlägige Literatur ist im Texte der Abhandlung besprochen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **Meurer.** Erfahrungen über die Jodoformknochenplombe nach Mosetig-Moorhof.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 215.)

Auf der Marwedel'schen Abteilung wurden genau nach Mosetig's Vorschriften Versuche mit der Jodoformknochenplombe mit befriedigendem Resultat angestellt. Es wurden ausgeführt: 9 Plombierungen bei Osteomyelitis chronica mit 3 Mißerfolgen und 6 Heilungen (davon 3 per prim. int. geheilt, 3 mit geringer Plombenabbröckelung); 14 Plombierungen bei Knochentuberkulose mit 1 Mißerfolg und 12 Heilungen (8 per prim. int., 4 mit leichter Abbröckelung); 21 Plombierungen bei Gelenk- und Knochentuberkulose mit 5 Mißerfolgen, 15 Heilungen (13 per prim. int. und 2 mit leichter Plombenabbröckelung); 1 Plombierung bei Knochenlues, geheilt.

Es sind also im ganzen 45 Plombierungen mit 34 Heilungen. Der Erfolg der Plombierung hängt wesentlich davon ab, ob man die Knochenplombe in eine

geschlossene Höhle legen kann. Aber selbst bei Fisteln kam es zur Einheilung, wobei außerdem die nur seröse Sekretion auffiel. Bei 2 Fällen allerdings beobachtete man eine vorübergehende Jodoformintoxikation.

Verf. sieht in der Methode ein sehr wertvolles Mittel, um Defekte im Knochen rasch zur Heilung zu bringen. Die Plombierung eignet sich in erster Linie zur Ausfüllung tuberkulöser Knochenherde bei ostitischen Prozessen mit und ohne Gelenkerkrankung.

Die Anwendung der Plombe ermöglicht bei Gelenkresektionen ein sehr schonendes Vorgehen, da es in der Regel genügt, die dünne Knorpellamelle abzutragen, die tiefer reichenden Herde in den Gelenkstümpfen auszubohren und zu plombieren. Ein Ausgießen des Gelenkspaltes selbst mit Plombenmasse ist bei Knie- und Ellbogenresektionen zu widerraten. Bei osteomyelitischen Knochenhöhlen empfiehlt es sich, die Plombierung erst im chronischen Stadium vorzunehmen, und zwar bei noch stark eiternden Fällen erst nach mehrtägiger offener Tamponade der freigelegten und gesäuberten Höhlen. **Reich** (Tübingen).

46) **Palagi.** Sulla sinostosi radio-ulnare superiore.

(Arch. di orthopedia 1907. Nr. 4.)

Angeborene Synostose zwischen den oberen Enden der Vorderarmknochen bei einem jetzt 15jährigen Mädchen. Die linke Hand steht in Pronation. Supination unmöglich, Ellbogenbewegungen frei. Das Radiusköpfchen ist unvollkommen entwickelt; die Synostose betrifft eine 6 cm lange Strecke. Die Ulnardiaphyse ist im ganzen schmaler als auf der gesunden Seite.

P. legte unterhalb der Verwachsung eine künstliche Pseudarthrose an und verpflanzte den Supinator brevis zwischen den äußeren Rand des Radius und die Sehnen der beiden Radialis externi auf die Sehne des Supinator longus.

Nach $^1/_2$ Jahr war passiv bei rechtwinklig gebeugtem Ellbogen eine gute Supination, aktiv nur teilweise zu erzeugen. Der Arm war vollkommen gebrauchsfähig.

P. stellte 33 Beobachtungen zusammen. In manchen bestand Verrenkung des Capitulum. 3 Fälle sind operiert, man suchte die Ankylose zu trennen und durch Resektion oder Interposition von Metall oder Muskelsubstanz eine Wiederverwachsung zu verhüten. Die Resultate waren nicht zufriedenstellend.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

47) **M. Haedke.** Volare Luxation der Ulna im distalen Gelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 429.)

Ganz kurze kasuistische Mitteilung. Die 63jährige Pat. hatte die Verletzung, gelegentlich Hausfriedensbruches herausgeworfen, der Art erlitten, daß ihre linke Hand, an deren Handgelenk sie gepackt war, dauernd proniert wurde, während sie durch heftige Gegenbewegung reagierte. Die Art der Verletzung war leicht diagnostizierbar, die Verrenkung auch unschwer reponibel, doch kehrte die Ulna stets in die Verrenkungsstellung zurück. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

48) **C. Schlatter.** Subkutane Sehnenzerreißungen an den Fingern.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 317.)

S. veröffentlicht eine ganze Reihe im Laufe eines einzigen Jahres gemachter Beobachtungen subkutaner Sehnenzerreißungen an den Fingern, die schon durch ihre verhältnismäßig große Zahl interessieren, indem sie die im allgemeinen unterschätzte Häufigkeit dieser Verletzungen beweisen, dann aber auch wegen wiederholter erfolgreicher operativer Behandlung, und weil teilweise seltener von der Verletzung betroffene Sehnen in Frage kommen, von Bedeutung sind. Am häufigsten (in S.'s Fällen 9mal vertreten) ist die Abreißung der Streckaponeurose am Nagelgliede. Sie kann durch auffallend geringfügige Traumen (leichtes Anstoßen gegen die Fingerspitze) zustande kommen, kommt, was leicht verständlich, häufiger rechts und mit Vorliebe am dritten, als dem längsten Finger vor. Die Verletzung tritt verschieden schwer auf; bisweilen ist ein Stückchen Knochen herausgerissen,

bald ist nur der mittlere Teil der Aponeurose durchtrennt, bald auch die seitlichen Faserungen, Verhältnisse, welche ähnlich wie beim Kniescheibenbruch für die Möglichkeit der spontanen Heilung von Bedeutung sind. Daß letztere möglich ist, ist genugsam bewiesen, doch schreibt S. dem operativen Behandlungsverfahren die Überlegenheit zu. Die Operation geschieht unter Lokalanästhesie, am besten mittels Ablösung eines Hautlappens vom distalen Interphalangealgelenk, das meist eröffnet sein wird, Catgutnaht der Sehne usw. Es folgt ein Fall von der selten vorkommenden Abreißung der Sehne von der Mittelphalanx, erfolgreich operiert, und eine subkutane Abreißung des Extensor pollicis longus in der Gegend der Tabatière. Der Fall war etwas veraltet, und konnte der stark retrahierte zentrale Sehnenstumpf nicht mit dem peripheren zusammengebracht werden. S. half sich damit, daß er die Sehne des Extensor carpi radialis longus von ihrer Insertion am II. Mittelhandknochen ablöste und mit dem peripheren Stumpf der Daumensehne vernähte — mit bestem Erfolge. Der letzte Fall betrifft einen Riß der Sehne des Flexor digitorum profundus am Kleinfinger, entstanden beim Reiten eines unruhigen Pferdes, wobei Pat., sich mit der linken Hand am Sattel haltend, durch einen Stoß des Pferdes einen plötzlichen Schmerz verspürte. Die Nagelphalanx konnte nicht flektiert werden, in der Hohlhandfläche war eine empfindliche Stelle vorhanden. Hier wurde eingegangen, die Sehnenscheide geöffnet, aber leer gefunden. Doch erschien bei kräftigem Ausstreichen die abgerissene Sehne, und zwar interessanter Weise als Schlinge mit zentralwärts umgeschlagenem Stumpf (cf. Abbildung). Entwicklung des Sehnenstumpfes, der mit der ihm angeschmiegten Sehne bereits leicht fibrinös verklebt war. Inzision an der Nagelphalanx, Durchschiebung einer Sonde von hier aus durch den Sehnenscheidenkanal nach der Handtellerwunde, in der der zentrale Sehnenstumpf an die Sonde befestigt und durch den Sehnenscheidenkanal zur Mittelphalanx geführt wird, um hier an der richtigen Ansatzstelle befestigt zu werden. Glatte Heilung, zunächst noch geringe Beweglichkeit, die aber in 2 Monaten recht gut wurde. Die eigentümliche Lagerung der abgerissenen Sehne mit schlingenförmiger Zurückschlagung (ähnlich bereits 1mal von Sick beobachtet), erklärt sich dadurch, daß der Sehnenriß bei stärkster Fingerbeugung, also weitester Zurückziehung der Sehne erfolgte, worauf die nachfolgende Muskelentspannung zur Schlingenbildung führte. Zum Schluß Literaturverzeichnis von 17 Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

49) **A. Chalier et V. Cordier.** Tuberculose inflammatoire. Rétraction des aponévroses plantaires et palmaires d'origine tuberculeuse.

(Lyon méd. 1908. Nr. 4.)

Der Fall bietet Interesse durch die bisher noch selten beschriebene Retraktion der Plantarfascie, welche der bekannten Dupuytren'schen Kontraktur an der Hand analog ist, und die Verff. vorschlagen, nach Ledderhose zu nennen, der sie zuerst zusammenhängend beschrieben habe. Es handelte sich um einen 55jährigen tuberkulösen Mann, bei dem sich eine derbe Verdickung der Plantarfascie beider Füße, und zwar in typischer Weise nur auf der medialen Hälfte der Fußsohle, entwickelt hatte, die aber die Streckung der Zehen noch nicht vollkommen verhinderte. Ätiologisch soll häufig Tuberkulose in Frage kommen.

Boerner (Rastatt).

50) **Wörner.** Zur Frage der Luxatio centralis femoris.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 185.)

Verf. beobachtete vier Fälle von zentraler Hüftverrenkung. Alle waren durch Fall auf die Hüfte, meist aus beträchtlicher Höhe, entstanden bei Individuen von 36, 54, 56 und 71 Jahren. In allen Fällen wurde die Diagnose durch mehrfache, z. T. reproduzierte Röntgenbilder erhärtet. Ein an einer akuten Intoxikation gleich nach der Entlassung verstorbener Pat. lieferte ein sehr seltenes (im Text abgebildetes) Präparat, an dem der Pfannenboden geborsten und der unversehrte Kopf in das Becken hineingetreten ist; es hatte sich eine neue Pfanne aus den Bruchstücken der alten gebildet.

Obgleich in allen Fällen des Verf.s, event. auch der besonders von Simon und Arreger zusammengestellten Literatur, die Bruchlinien der Pfanne sich mehr oder weniger auf die Nachbarschaft fortsetzen, ist an dem klinisch wohl charakterisierten Bilde des isolierten Bruches des Bodens der Hüftgelenkspfanne mit Durchtritt des Femurkopfes in das Becken festzuhalten. W. hält sogar eine Luxatio femoris centralis ohne diese Ausstrahlung der Bruchlinien vorerst für unmöglich. Durchtritt des Oberschenkelkopfes durch die gesprengte Pfanne kann durch eine einmalige stetige Gewalteinwirkung erzeugt werden, wie in drei Fällen des Verf.s; in dem vierten Falle kam es zunächst zu einem Bruche der Pfanne und erst durch das Gehen zum Eintritt des Kopfes in das Becken. Stückbrüche des Beckens mit Dislokation der Beckenfragmente mitsamt dem Femur gehören nicht zum vorliegenden Krankheitsbilde.

Die Reposition der Fragmente durch forcierten Zug und nachfolgende Extensionsbehandlung, wie es Rehn mit vorzüglichem funktionellem Resultate gelang, ist zwar die theoretisch ideale Behandlungsmethode, bringt aber die große Gefahr, daß durch die Bewegung der Fragmente Beckenorgane, speziell die Iliacalgefäße verletzt werden können.

Zum Schluß bringt die Arbeit eine gut orientierende, nach Entstehung, Merkmalen, Behandlung und funktionellen Resultaten geordnete tabellarische Übersicht aller bisher bekannten Fälle, von denen nur 16 der von W. aufgestellten strengeren Definition der Luxatio centralis femoris genügen, während andere 25 teils zweifelhafte, teils nicht reine Fälle künftighin ausscheiden sollen.

Reich (Tübingen).

51) P. Esau. Akute Osteomyelitis des rechten Schambeines und zentrale pathologische Luxation des Oberschenkels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 611.)

Mitteilung aus der Greifswalder Klinik (Payr), einen Fall bösartigster Osteomyelitis betreffend, dessen Eigentümlichkeit im Arbeitstitel hinreichend angedeutet ist. Die anatomischen Verhältnisse sind durch ein Röntgenogramm und die Abbildung des durch Sektion gewonnenen Beckens verdeutlicht. In letzterer sieht man die Epiphysenlösung der die Hüftpfanne zusammensetzenden Knochen, sowie die beckenwärts gerichtete Dislokation des Schenkelkopfes.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

52) Kindl. Fünf Fälle angeborener Defektbildungen an den Extremitäten.

(Zeitschrift für Heilkunde 1907. Hft. 6.)

Bei den hier beschriebenen Fällen, die im Lauf eines Jahres in der Schloffer'schen Klinik in Innsbruck zur Beobachtung kamen, handelt es sich um seltene, zum Teil bisher überhaupt noch nicht beschriebene Befunde und zum Teil um solche, die wegen ihrer entwicklungsgeschichtlichen Bedeutung, bzw. wegen einzelner Abweichungen von den bisher veröffentlichten ähnlichen Fällen Interesse beanspruchen. Zu besonderen therapeutischen Eingriffen boten sie keinen Anlaß; nur in dem ersten, einem linksseitigen totalen Femurdefekt, verbunden mit partiellem Fibuladefekt und symmetrischer Verwachsung des 4. und 5. Metakarpalknochens, wurde eine Prothese angefertigt. Im zweiten Falle handelte es sich um einen doppelseitigen partiellen Defekt der Vorderarmknochen und der ulnaren Finger und im dritten um eine Phokomelie beider oberer Extremitäten. Der vierte Fall betraf einen partiellen Defekt der Ulna mit Verrenkung des Radius und der fünfte einen rechtsseitigen Radiusdefekt mit Polydaktylie. Zwölf Abbildungen und zwei Röntgentafeln illustrieren die fleißige und namentlich in bezug auf die Erörterung der pathogenetischen Theorien sehr lesenswerte Arbeit.

Deutschländer (Hamburg).

53) L. Merk. Klinisches und Kasuistisches von den syphilitischen Erscheinungen an den Schlagadern der Extremitäten.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXXIV. p. 435.)

Bei einem 47jährigen Manne, der mit 39 Jahren eine Lues erworben hatte, beobachtete M. folgendes Krankheitsbild: Die Finger der linken Hand wurden asphyktisch und anästhetisch. An der linken Hand und der Streckseite des linken Vorderarmes zeigten sich Zeichen einer Phlegmone. Der linke Arm war pulslos bis zur Subclavia. Ein Teil der Finger wurde gangränös, und unter Jodkalium intern und Hg-Injektion kam der Prozeß zum Stillstand. Die gangränösen Finger demarkierten sich und wurden abgestoßen. Der Arm blieb pulslos. Im Anschluß an diesen Fall und an Hand der Literatur bespricht M. kurz die verschiedenen Formen der Endarteritis syphilitica. M. Winkler (Luzern).

54) Beatson. An unusual motor-car accident.

(Brit. med. journ. 1907. Dezember 7.)

Interessante Pfählungsverletzung, entstanden durch Zusammenstoß eines Autos mit einem großen Planwagen. Der 36jährige Mann war durch einen Holzschaft, der die Weichteile seines linken Oberschenkels und Gesäßes und außerdem den dahinter befindlichen Sitz durchbohrt hatte, an diesen Sitz unbeweglich festgenagelt worden. Kein wesentlicher Chok, ganz geringe Blutung. Der Glutaeus maximus war oberflächlich stark zerrissen, die ganze Wunde arg verschmutzt. Trotzdem Heilung mit gebrauchsfähigem Bein nach geringer Eiterung und Hautüberpflanzung. Der ursprüngliche Zustand der Wunde ließ vermuten, daß die Geschwindigkeit des Zusammenpralls sehr groß gewesen sein mußte: denn das Holzstück hatte die Weichteile fast wie ein Geschoß durchsetzt. Weber (Dresden).

55) Nast-Kolb. Kavernöses Muskelangiom des Unterschenkels.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 542.)

Bei einem 12jährigen Mädchen hatte sich seit dem 4. Jahr eine zunehmende Schwellung des linken Unterschenkels entwickelt, die seit 3 Jahren das Gehen unmöglich machte und heftigste Schmerzen verursachte, durch welche das Kind in seinem Ernährungszustande hochgradig zurückkam. Das sonst normale Kniegelenk war rechtwinklig gebeugt, und das Fußgelenk stand in Spitzfußstellung. Der ganze Unterschenkel und Fuß bis zum Ansatz der Zehen war bei gesunder Haut eingenommen von einer diffusen, prallderben, nicht kompressiblen spontan und auf Druck enorm schmerzhaften Schwellung. Mit Rücksicht auf den schlechten Allgemeinzustand und die Ausdehnung der Geschwulst wurde unter der Diagnose einer kavernösen Geschwulst der Unterschenkel dicht unterhalb des Kniegelenkes abgesetzt.

Nach der Untersuchung des Präparates war die Haut und das Unterhautzellgewebe, abgesehen von einigen winzigen, umschriebenen Angiomen, sowie die Fascie vollkommen gesund. Die Muskulatur des Unterschenkels mit Ausnahme der Peronei und des äußeren Gastrocnemiuskopfes, war vollständig ersetzt durch ein kavernöses Angiomgewebe von dem gewöhnlichen histologischen Aufbau. Die erhaltenen Muskelsepten gestatteten die Unterscheidung der einzelnen Muskeln; die großen Arterien waren nicht verändert, während der N. tibialis ganz umwuchert und durchwachsen war von der angiomatösen Neubildung. Die erhaltenen Muskelgruppen zeigten fettige Entartung. Die Knochen wiesen Inaktivitätsatrophie, im übrigen aber normale Struktur auf. Die Wundheilung erfolgte reaktionslos, und Pat. stellte sich nach 3 Monaten mit tragfähigem Stumpf in blühendem Ernährungszustande rezidivfrei wieder vor.

Die Geschwulst war zweifellos auf eine angeborene Anlage zurückzuführen. Verf. macht u. a. auf die diagnostische Bedeutung der spontanen Schmerzhaftigkeit aufmerksam, die auch noch bei kleinen Muskelangiomen vorhanden ist und hauptsächlich die deformen Gelenkstellungen und die Reduktion des Kräftezustandes verschuldet. Reich (Tübingen).

56) S. E. Biron. Zur Frage von der Komplikation des Abdominaltyphus durch Extremitätengangrän.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 33.)

In der russischen Literatur fand B. elf Fälle beschrieben; er selbst bringt einen zwölften aus dem Petersburger Obuchowspital: Mädchen, 21 Jahre alt, leichter Typhus; im Anfange der 3. Woche, als die Temperatur schon anfing zu fallen, trat Gangrän des rechten Fußes und Unterschenkels auf. Die Amputation wurde nicht zugelassen und Pat. aus dem Spitale nach Hause genommen.

(Einen weiteren Fall sah Ref.: Mann, 58 Jahre alt, Gangrän der ganzen linken unteren Extremität bis beinahe zur Leistenbeuge; Tod 7 Wochen nach Beginn des Typhus.) **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

57) A. Wertheim. Ein Fall von traumatischer Verrenkung des Fußes nach hinten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 186.)

Der durch Photo- und Röntgenogramm illustrierte Fall betrifft einen 38jährigen Mann, der beim Überschreiten eines Bahnsteiges derart nach hinten überfiel, daß sein Fuß zwischen einer Schiene und dem Bahnsteig eingehakt blieb, der Unterschenkel aber gegen die Perronkante gedrängt wurde und so einen zweiarmigen Hebel bildete. Dabei rückte das untere Schienbeinende über die Talusrolle nach vorn. Das Lig. deltoides riß ein, am Malleolus ext. kam es zu einem Schrägbruch ohne Dislokation. Die Reposition in Narkose gelang durch starke Plantarflexion, gefolgt von Dorsalflexion und Extension. Guter Verlauf; nach 2 Monaten Gehfähigkeit ohne Stock bei noch vorhandener geringer Fußgelenksteifigkeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

58) Reismann. Noch einmal zur Lehre von der Luxatio pedis sub talo mit kritischen Bemerkungen über die Arbeit des Dr. Schlagintweit in dieser Zeitschrift Bd. LXXXVIII[1].

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 601.)

Verf., der selbst zur Luxatio pedis sub talo früher das Wort genommen hat (cf. unser Blatt 1907 p. 708), nimmt hier vier von Schlagintweit als Talusverrenkung beschriebene Fälle kritisch unter die Lupe, wobei er zu dem Resultate kommt, daß die Diagnose des Autors falsch war, daß es sich vielmehr um Luxationes sub talo handelte. R.'s Ausführungen sind interessant, können aber hier nicht näher wiedergegeben werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

59) F. Dieffenbach. Behandlung des Pes equino-varus mit keilförmiger Exzision aus dem Tarsus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 759.)

Nach einem Überblick über die Geschichte, die Erfolge und die Indikationen der blutigen Klumpfußbehandlung teilt Verf. zwei mit Tarsektomie behandelte Fälle von hochgradigem veraltetem Klumpfuß mit, von denen der eine doppelseitig, der andere einseitig operiert wurde. Das Resultat war bei den Pat. ein in bezug auf die Gestalt des Fußes vollkommen befriedigendes, funktionell ein vorzügliches.

v. Hacker hält sich bei der Tarsektomie nicht an die Entfernung bestimmter Knochen, sondern beabsichtigt lediglich einen zur vollen Korrektur genau ausreichenden Keil auszuschneiden. Die Größe desselben wird zweckmäßigerweise schon vor der Operation an einem Gelatineabguß des Fußes bestimmt. Die Pat. tragen nach der Operation 2—4 Monate lang einen Gipsverband und später einen gewöhnlichen Schnürschuh mit erhöhter Sohle am Außenrande. Als durchschnittliche Heilungsdauer ergab sich ein Zeitraum von 3—4 Monaten.

---

[1] S. Zentralblatt 1907. p. 1159.

In einem weiteren Falle genügte die blutige Eröffnung des Talonavicular gelenkes mit nachfolgendem Redressement zur Gewinnung eines kosmetisch und funktionell guten Resultates. **Reich** (Tübingen).

60) **M. Köhler.** Vorrichtung zum Strecken des menschlichen Körpers mit Hilfe des eigenen Körpergewichts.

(Ärztliche Polytechnik 1907. November.)

Obige Vorrichtung, ein Bett, konstruiert nach dem Prinzip des freien Falles auf schiefer Ebene, besteht aus einem Eisengestell mit vier paarigen, seitwärts angebrachten Hebeln, die miteinander verkuppelt und in beliebigem Neigungswinkel stellbar sind. Auf ihnen ist das Lager hergerichtet, welches auf einem mit Kugellagern versehenen Wagen ruht. Die Art der Anwendung für Extension am Kopfe, den Beinen, dem Rumpf usw. ist durch drei Abbildungen im Original deutlich gemacht. Die Handhabung, besonders auch für beiderseitige Oberschenkelbrüche, ist eine sehr einfache. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

61) **A. Hofmann.** Eine zweite Art der Umsetzung von Längsextension in queren Zug. (Aus der chir. Abteilung des städt. Krankenhauses in Karlsruhe.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 9.)

Im weiteren Ausbau des von ihm empfohlenen Extensionsverfahrens (s. d. Zentralbl. 1906) hat Verf. eine Modifikation gefunden, bei welcher der Zug nur nach einer Seite ausgeübt zu werden braucht. Die Beschreibung derselben wird von H. durch Abbildungen ergänzt, die im Original angesehen werden müssen. **Kramer** (Glogau).

52) **Ritter.** Eine einfache Vorrichtung zur Erleichterung der Anlegung des redressierenden Gipsverbandes bei Kindern.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. V. Hft. 4.)

Um bei kleinen Kindern bei der Anlegung eines Gipsverbandes den kleinen Fuß besser redressieren zu können, wird eine mit Watte unterpolsterte Platte, die den Verhältnissen angepaßt ist, eingegipst. Diese Platte ist an zwei Seiten (an der Hacke und Wadenbeinseite) mit einer festen Schraube versehen, in die Eisenhülsen von abnehmbaren Griffen hineinpassen. An diesen Griffen soll man einen ausgezeichneten Halt haben, um den Fuß in jede gewünschte Lage zu bringen. Nach dem Hartwerden des Verbandes werden die Griffe abgeschroben. **Hartmann** (Kassel).

63) **Emge.** Zur Behandlung von Beinbrüchen in einer neuen Beinschiene.

(Ärztliche Polytechnik 1907. Nr. 10.)

Obige Schiene ist besonders für den Arzt auf dem Lande berechnet. Sie besteht aus Eisendraht, hat herabklappbare Seitenwände, ist mit Schnüren und Gurten versehen; sie ist ferner artikuliert, so daß z. B. für Ober- und Unterschenkel gebeugte Kniegelenkhaltung gewählt werden kann. Züge, Gegenzüge sind leicht anzubringen. Gipsverband wird überflüssig. Die Schiene scheint nur für die unteren Gliedmaßen bestimmt zu sein. 4 Abbildungen im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 14. Sonnabend, den 4. April 1908.

Inhalt.

XXXVII. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

Aus der chirurgischen Hospitalklinik in Moskau.
Prof. P. J. Djakonow.

Über die Entstehung der seitlichen Halsfisteln (sog. Kiemenfisteln[1]).

Von
Privatdozent Dr. Romuald Weglowski.

Nach ihrem mikroskopischen Bau sind die seitlichen Halsfisteln den mittleren Halsfisteln nicht nur sehr ähnlich, sondern stimmen sogar mit denselben fast völlig überein: sowohl diese wie jene besitzen ein Lumen von unregelmäßiger Form; wir finden doppelte, dreifache, ja vielfache Lumina; beide Arten von Fisteln sind ferner mit zylindrischem Flimmerepithel ausgekleidet, wenngleich man für gewöhnlich daneben auch mehrschichtiges Epithel finden kann. Innerhalb der Wand erwähnter Fisteln stößt man auf lymphoide Follikel, Schleimdrüsen u. a. m. Nichtsdestoweniger wird die Frage von der Entstehung der seitlichen und mittleren Halsfisteln ganz verschieden beantwortet — es besteht hier zwischen diesen und jenen ein wesentlicher Unterschied: während wir die mittleren Fisteln mit der Bildung des Ductus thyreoglossus (s. d. Bl. Nr. 10) in Verbindung bringen, denkt man sich nach wie vor die Entstehung der seitlichen Fisteln (für gewöhnlich als Kiemengangfisteln bezeichnet) als aus den Kiemenspalten entstanden. Hierbei nimmt man keine Rücksicht darauf, daß das sich mehrende und einer genauen Durchforschung unterworfene klinische Material diese Theorie nur mit Hilfe einer ganzen Reihe gewagter, ja sogar den Tatsachen nicht entsprechender Voraussetzungen zu stützen vermag; zu derartigen durch nichts gehörig motivierten Thesen gehört die Voraussetzung wiederholter Durchbrüche, wiederholter Verklebungen und Verwachsungen epithelialer nach Kiemenspalten hinterbliebener Röhren.

Und doch bleibt bei dieser Theorie unaufgeklärt, warum z. B. die seitlichen Fisteln nur längs dem medialen Rande des M. sternocleido-mastoideus nach außen durchbrechen, warum sie ferner bisweilen am Unterkieferwinkel, bisweilen am Sternum durchbrechen. Weiter bleibt völlig die Entstehung derjenigen Fisteln unaufgeklärt, deren Mündung sich z. B. in der Mitte des Halses öffnet, deren Gang aber seine Richtung nicht nach oben, sondern vielmehr nach unten zum Brustbein führt.

Alle diese Unklarheiten und Widersprüche einerseits, die Ähnlichkeit im Bau der mittleren und seitlichen Halsfisteln andererseits veranlaßten mich zur Annahme, ob nicht vielleicht im embryonalen

---

[1] Mitgeteilt auf dem VII. Kongreß russischer Chirurgen in St. Petersburg 1907.

Leben dieselben Bedingungen für die Bildung der seitlichen Fisteln existieren, wie dieselben für die Entstehung der mittleren Fisteln gefunden wurden.

Ich machte sowohl an Embryonen, als auch an Leichen eine Reihe von Untersuchungen[2] und fand richtig eine völlige Analogie in der Bildung der einen wie der anderen Fisteln.

Die Resultate meiner Untersuchungen sind folgende:

Die Kiemenbögen zeigen sich beim Embryo am Ende der zweiten Woche in Form zweier kleiner Erhebungen (Wälle) auf beiden Seiten des Kopfes; hierauf schließen sich ihnen noch zwei kleine walzenförmige Erhebungen an, d. h. je vier auf jeder Seite. Die beiden ersten Bogen stoßen in der Mittellinie mit den gegenüberliegenden zusammen, dagegen ist der dritte und vierte Bogen weit von den ihnen entsprechenden gegenüberliegenden Bögen getrennt. Zwischen den Bögen liegen die Kiemenspalten. Der zweite Bogen bedeckt den dritten und vierten und bildet eine besondere Vertiefung (Sinus cervicalis). Die Kiemenspalten und -bögen sind mit mehrschichtigem embryonalen Epithel sowohl außen wie innen ausgekleidet.

Im zweiten Monat erfolgt die Rückentwicklung des Kiemenapparates, wobei die Spalten sich schließen und verschwinden. Aus dem ersten Bogen bildet sich der Unterkiefer, aus den übrigen dreien der Körper, die Hörner des Zungenbeines, Mm. styloidei u. dgl. m. — Den Kiemenapparat muß man eigentlich zum Gebiet des Gesichts, nicht aber des Halses rechnen. Das Zungenbein stellt die untere Grenze des Kiemenapparates dar. Weder die Bogen, noch die zwischen ihnen eingeschlossenen Spalten vermögen sich nach unten zu verschieben, und demgemäß kann am Halse von Resten der Kiemenspalten keine Rede sein. — Eben-dasselbe bezieht sich auf den Sinus cervicalis, welcher den dritten und vierten Bogen umfaßt. — Im embryonalen Leben sind bisher noch nicht die Durchbrüche, Verklebungen, die anormale Lagerung der äußeren Spalten im Verhältnis zu den inneren beobachtet worden, die man gewöhnlich zur Erklärung der Ätiologie der Fisteln anzuführen pflegt.

In der 3. Woche des embryonalen Lebens zeigen sich zu beiden Seiten des Schlundes zwei Vertiefungen — zuerst in der vierten Schlundspalte, dann in der dritten; — diese Vertiefungen, welche in Kanäle übergehen, sind mit zylindrischem Flimmerepithel ausgekleidet. Es ist das der Keim zum Seitenlappen der Schilddrüse und der Thymusdrüse.

Der von der vierten Spalte entspringende Schilddrüsenkanal ist kurz, sein unteres Ende verwandelt sich sehr rasch in typisches Schilddrüsengewebe. Der Thymusdrüsenkanal (aus der dritten Spalte)

---

[2] Ich untersuchte 42 Embryonen von 2,6 mm bis, 50 cm. Von ihnen wurden alle Embryonen, welche eine Länge aufwiesen von 2,6 mm bis 4 cm rekonstruiert. Außerdem wurden 75 Leichen aus verschiedenen Lebensaltern auf beiden Seiten am Halse untersucht. Die entsprechenden Halsteile sind sämtlich mikroskopisch durchforscht worden (Serienschnitte).

pflegt dagegen sehr lang zu sein. Er nimmt seinen Anfang am Pharynx, geht schräg über den ganzen Hals und endigt erst am Brustbein; hier beginnt er sich augenfällig zu verdicken und verwandelt sich in drüsiges, lymphoides für Thymus charakteristisches Gewebe.

Am Ende des 1. und im Anfange des 2. Monates setzt die Rückentwicklung ein, und es verschwinden die Kanäle; dieser Prozeß der Rückentwicklung vollzieht sich in der Richtung von oben nach unten.

Die erwähnten Kanäle verschwinden längst nicht in allen Fällen: nicht selten können einzelne Teile derselben zurückbleiben, in Ausnahmefälle vermag sogar der ganze Kanal erhalten zu bleiben. Meine Untersuchungen an Leichen haben gezeigt, daß man imstande ist, in jedem 7.—8. Falle, d. h. in 14% der Fälle im Verlaufe vom Schlunde bis zum Brustbein diese oder jene Reste des Thymusdrüsenkanals zu finden. Am häufigsten begegnen wir den unteren Abschnitten der Kanäle, seltener den oberen. Die Überreste des Schilddrüsenkanals kommen äußerst selten vor; ich fand dieselben unter 150 Präparaten nur zweimal.

Ihrer Struktur nach stellen sich die Reste der Thymus- und Schilddrüsenkanäle in Form geschlossener Kanäle dar, welche mit Flimmerepithel ausgekleidet sind. Neben Gebieten, die mit Flimmerepithel bedeckt sind, vermag man auch solche zu konstatieren, in welchen mehrschichtiges Epithel vorherrschend ist; innerhalb der Wände dieser Kanäle befinden sich Schleimdrüsen, lymphoide Gebilde u. dgl. m.; alles dieses ist aus den benachbarten Schlundteilen auf ganz dieselbe Weise, wie wir es beim Ductus thyreoglossus gesehen, hierher gebracht worden (s. d. Bl. Nr. 10).

Indem wir uns jetzt zur Ätiologie der seitlichen Fisteln wenden, müssen wir bemerken, daß ihre Entstehung ihren Grund nicht in den Kiemenspalten, sondern auf den oben beschriebenen Resten von Kanälen (Thymus- und Schilddrüsen) hat; d. h. hier muß derselbe pathologische Prozeß vor sich gehen, wie bei den mittleren Fisteln; der Unterschied besteht bloß darin, daß die seitlichen Fisteln hauptsächlich aus den Überresten des langen, massiven Thymusdrüsenganges, und bloß in Ausnahmefällen aus dem kurzen seitlichen Schilddrüsengang entstehen.

Anatomisch betrachtet, wiederholt die seitliche Fistel den Verlauf des Thymusganges, d. h. beginnt auf der Seitenwand des Pharynx, zwischen seinen Bögen, unterhalb der Tonsillenvertiefung, geht hierauf, sich oberhalb des N. hypoglossus lagernd, seitwärts und nach unten, verläuft zwischen den Carotiden und zieht sich längs dem Innenrande des M. sterno-cleido-mastoideus hin bis zum Brustbein. Am häufigsten begegnet man den unteren, unvollständigen Fisteln, weil für gewöhnlich dieser Teil des Ganges restiert.

Die Fisteln vom seitlichen Gange der Schilddrüse sind kurz und öffnen sich seitlich vom Kehlkopfeingang (Fall von König) im Schlunde tiefer, wie die vorher erwähnten Fisteln.

Die Art und Weise, wie die Fisteln sich bilden, ist sowohl für

die mittleren als auch für die seitlichen die gleiche, d. h. unter günstigen Umständen erweitert sich der übriggebliebene Teil des Kanals zur Cyste, hierauf bricht dieser erweiterte Teil, falls sich Entzündungserscheinungen hinzugesellen, nach außen durch und wandelt sich in eine Fistel um. Eine solche Fistel wird dann entweder nach oben oder auch nach unten verlaufen, je nachdem in welchem Teile des Kanals der Durchbruch nach außen stattfand.

Auf Grund meiner Untersuchungen würde ich vorschlagen, die Benennung »Kiemenfisteln« in die bereits bekannte Bezeichnung »seitliche Fisteln« umzuwandeln.

---

1) **F. Sauerbruch** und **M. Heyde.** Über Parabiose künstlich vereinigter Warmblüter. (Aus der chirurg. Universitätsklinik zu Marburg. Prof. Friedrich.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 4.)

Die Verff. haben in einer größeren Zahl von Experimenten Kaninchen durch Zusammennähung der Rumpfmuskelplatten oder durch Vereinigung der den Bauch eröffnenden Schnittwunden, oder durch Enteroanastomose zwischen dem Darm des einen und dem Darm des anderen Tieres organisch miteinander zu verbinden gesucht. Die dauernde Vereinigung gelang nur an jungen gleichgeschlechtlichen Tieren desselben Wurfes; in den anderen Fällen begann nach 3 bis 4 Tagen die demarkierende Eiterung, die bald die Trennung mit sich brachte. Nach erfolgter Zusammenheilung ist infolge direkter Gefäßkommunikation aus den Tieren ein Organismus geworden, so daß im Blut lösliche Stoffe von einem Tiere zum anderen übergehen, auch korpuskuläre Elemente, z. B. Bakterien, von einem Organismus in den anderen gelangen. Von chirurgischem Interesse ist besonders ein Präparat von Inkarzeration einer 20 cm langen Dünndarmschlinge, die durch den Anastomosenring in die benachbarte Peritonealhöhle durchgetreten und abgeklemmt worden war. **Kramer** (Glogau).

---

2) **Tuffier.** L'hyperémie veineuse dans les infections aiguës des membres (méthode de Bier).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 169.)

T. erörtert an der Hand vorgestellter Fälle die Technik. Er hält sie für so schwierig, daß er ambulante Behandlung im Gegensatz zu Klapp und Schmieden für nicht angängig hält. Er hält die Methode aber für eine wertvolle Bereicherung der chirurgischen Therapie neben »permanenten heißen Bädern und feuchten Verbänden«. An der Diskussion beteiligten sich Kirmisson, Mauclaire, Chaput, die hauptsächlich bei chronischen Gelenkerkrankungen mit der Stauung gearbeitet haben. — Vortrag und Diskussion geben ein überzeugendes Beispiel davon, daß man zu einem abschließenden Urteil

über die Methode unmöglich kommen kann, wenn man sich nicht einigt über das, was man mit ihr erreichen will und die neuerdings »alten« genannten Methoden nebenher anwendet.

Kaehler (Duisburg-M.).

---

3) **Terrier et Lecène.** La ligne semi-lunaire de Spiegel.

(Revue de chir. XXVII ann. Nr. 9.)

Spiegel verstand unter der nach ihm benannten Linie die Gegend der vorderen Bauchwand, in der die breiten Bauchmuskeln (Obliquus ext. und int. und Transversus) sehnig werden und hat an keiner Stelle seines 1627 erschienenen Werkes nur die Grenze von Sehne und Fleisch des M. transversus allein so bezeichnet, wie neuere Anatomen es tun. Augenscheinlich glaubte Spiegel, daß die Grenzlinien zwischen Sehne und Muskel der Obliqui und des Transversus sich ungefähr deckten, was aber ein anatomischer Irrtum ist. Unrichtig ist es daher auch, von Brüchen der Spiegel'schen Linie zu sprechen. Die in dieser Gegend beobachteten seitlichen Bauchbrüche benutzen vielmehr die Durchtrittsstellen der Gefäße und Nerven am äußeren Rande der Rectusscheide als Bruchpforte. T. und L. empfehlen deshalb, die Bezeichnung »Linea Spiegelii« ganz aufzugeben, weil sie im Sinne des Namengebers anatomisch und im Sinne der neueren Anatomen historisch inkorrekt ist.

Gutzeit (Neidenburg).

---

4) **F. Selberg.** Über Todesursachen nach Laparotomien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 238.)

An der Hand von 17 Obduktionsprotokollen von Laparotomierten, die im Anschluß an die Operation starben, ohne daß eine Peritonitis oder eine sonstige eklatante Todesursache (Verblutung, schwere chronische Erkrankungen usw.) vorgelegen hätten, bespricht Verf. den pathologischen Befund bei primärem Herz- und Lungentod.

Beiden Todesarten gemeinsam ist die Füllung in Diastole des rechten Ventrikels; charakteristisch für den Lungentod ist Leerheit und Systole des linken Ventrikels, für den Herztod seine Füllung und Diastole. Durch die Totenstarre gehen allerdings bei der Sektion diese Merkmale zum Teil verloren, insofern selbst bei Entartung der Herzmuskulatur der Ventrikel sich kontrahiert und blutleer werden kann. Das Lungenödem beruht im wesentlichen auf einem Versagen des linken Ventrikels.

Die Mehrzahl der Protokolle stammt von Karzinomkranken, bei welchen schon ein kleiner Anstoß genügt, um das Herz zum Versagen zu bringen. Bei primärer Herzlähmung trat der Tod regelmäßig innerhalb 24 Stunden, bei primärem Lungentod zwischen dem 6. bis 11. Tage, bei Emboliefällen zwischen dem 5.—6. Tage ein.

Reich (Tübingen).

---

5) **E. Hertzler.** Hyperemia in the treatment of tuberculosis of the peritoneum.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Die intraabdominalen Organe und Gefäße stehen im gesunden Körper unter einem positiven Druck, der bei ruhiger Atmung ungefähr ebenso hoch ist, als der negative Druck in der Brusthöhle. Die Eröffnung der Bauchhöhle läßt diesen Überdruck verschwinden, und es kommt zu einer Gefäßdilatation mit Hyperämie im Bereiche der Bauchhöhle. Auf Grund zahlreicher Experimente glaubt sich Verf. zu dem Schluß berechtigt, daß diese Hyperämie das heilende Agens bei der Laparotomie wegen Bauchfelltuberkulose ist. Um diese Hyperämie wiederholt eintreten zu lassen, ohne den Pat. den Gefahren und Unannehmlichkeiten der wiederholten Laparotomien auszusetzen, empfiehlt der Autor, bei der ersten Laparotomie eine silberne Röhre mit überhängendem Rande in die Bauchwunde einzunähen. Das Röhrenende soll frei in der Bauchhöhle endigen, so daß die Möglichkeit besteht, jederzeit Luft in den Bauchraum zu pressen und durch Auspressen der Luft Hyperämie zu erzeugen, die die tuberkulöse Entzündung zur Heilung bringen soll. **Strauss** (Nürnberg).

---

6) **H. Thaler.** Zur Asepsis bei Laparotomien. (Aus der Klinik Schauta.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 43.)

Verf. prüfte methodisch die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Desinfektionsarten nach dem Verfahren, wie es in der Mikulicz'schen Klinik schon jahrelang systematisch durchgeführt wurde: Abimpfung während der verschiedenen Operationsphasen von Händen, Bauchhaut, oberflächlicher und tiefer Wunde auf Agarplatten. Zunächst konnte er bei dem bis dahin in der Klinik üblichen Verfahren zahlreiche Keime an den Zwirnhandschuhen — obwohl oft gewechselt — und in den Wunden nachweisen. Die Desinfektion bestand in Seife-Alkohol-Sublimatwaschung, Anziehen von Zwirnhandschuhen, Kopfkappe, Gesichtsmaske, Seife-Alkohol-Äther-Sublimatwaschung des Operationsgebietes, Bedecken mit Alkoholumschlag über Nacht und neuerliche Desinfektion mit Alkohol, Äther, Sublimat. Nach den deprimierenden bakteriologischen Befunden wurden zunächst Gummi- und darüber Zwirnhandschuhe angezogen. Danach fanden sich an der Handschuhoberfläche und im Bereiche der Wunde nur wenige Keime. Diese konnten von der umgebenden, bisher nur durch angeklemmte Kompressen abgeschlossenen Haut stammen, welche daher in einer weiteren Versuchsreihe mit Jodbenzin desinfiziert und mit Gaudanin überzogen wurde. Nun gelang es, auch länger dauernde Operationen unter fast völliger Asepsis (Luftkeime) auszuführen. Da die Gaudanierung manchmal trotz sorgfältigster Technik doch nicht hielt, auch etwas kompliziert ist, wurde nun nach Desinfektion mit

Jodbenzin die schon von Mikulicz geübte einfache Jodierung versucht. Sie ergab, wie die Mikulicz'sche Schule mit Genugtuung vernehmen wird, die völlige Gleichwertigkeit mit der Gaudanierung. Auch als man noch einen Schritt weiter zurückging und statt der manchmal doch reizenden Jodbenzindesinfektion wieder die frühere Seife-Alkohol-Äther-Sublimatwaschung einführte, blieben die Impfresultate gleich gut.

Daß in der Schauta'schen Klinik die zur sichereren Dampfdurchströmung der Gummihandschuhe in diese gesteckten Zwirnhandschuhe erst über ein Holzmodell gezogen werden, erscheint umständlich. In der Mikulicz'schen Klinik war es schon vor Jahren üblich, daß die Operationsschwester sich erst Zwirnhandschuhe anzog, darüber nach Einstäuben mit Talcum die Gummihandschuhe; beide lassen sich dann mit Leichtigkeit zusammen abziehen.

Löcher der Gummihandschuhe wurden im Verlaufe der Operation bei darüber getragenen Zwirnhandschuhen sehr selten beobachtet. Aus kleinen Nadelstichen fließt nach des Verf.s Meinung Epidermisschmutz nur in minimalen Mengen aus, besonders da er sich mit Talcum mengt.

Kurze Literaturangabe. Renner (Breslau).

---

7) K. G. Lennander. Über Drainage und über Bauchschnitt, besonders in Fällen von Peritonitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 1.)

Im ersten Teil der Arbeit handelt L. über Tamponade und Drainage der Bauchhöhle. Als Zweck der Tamponade sieht er die Abscheidung eines Teiles der Bauchhöhle von deren übrigem freien Teil an, wobei einige Catgutnähte nahe liegende Serosaflächen um die Tamponade herum zusammenführen sollen. Er benutzt zur Tamponade statt Gaze grobes, dreifach gedrehtes Baumwollengarn (Dochte für Spirituslampen) und, falls größere Mengen davon eingelegt werden, dazwischen noch Gummidrains. Auch wird die ganze Garndrainage überall mit glattem Kautschukstoff umgeben, außer da, wo sie an einer blutenden, Eiter absondernden oder nekrotisierenden Stelle liegt. Der Kautschukstoff hindert das Festwachsen des Tamponmaterials, von dem man schubweise die Fäden einzeln fast schmerzlos ausziehen kann. In die nach Extraktion von Tamponmaterial bleibenden Höhlen schiebt L. einen Nélatonkatheter, der mit 3%igem Wasserstoffsuperoxydglyzerin gefüllt wird und liegen bleibt, bis die Höhle genügend schrumpft. Damit wird die Extraktion der verbliebenen Tamponfäden noch leichter. Für einfache Drainagen, ohne daß Absperrungen gegen die freie Bauchhöhle nötig sind, kann man sich des Kautschukstoffes ohne Gaze oder Docht, am besten des von Zahnärzten gebrauchten »Rubberdam« oder »Kofferdam« bedienen, der sich genügend in kochendem Wasser sterilisieren läßt; große Stücke desselben werden an die zu drainierende Stelle gebracht und mit feinem Catgut an die benachbarten Därme usw. befestigt. Der Stoff klebt nicht an Fibrin an. Er kann 6—8 Tage liegen gelassen und leicht, am besten schub-

weise, entfernt werden. Zur Verhütung von Bakterieneinwanderung längs der Kautschukstücke wird ein Gemisch von $^{3}/_{4}$ Naphthalin und $^{1}/_{4}$ Borsäure, auf Gaze gestreut, um deren freie Enden gelegt oder auch Umschläge mit 2%iger Lapislösung appliziert. Übrigens empfiehlt L. auch glatten Kautschukstoff, mit Salzwasser benetzt, zur Einhüllung von Därmen während der Operation. Werden bei Operationen mehrere Gummistoffstücke der Art benutzt, so sind sie ähnlich wie Mullkompressen genau zu zählen und zu hüten.

Der zweite Arbeitsabschnitt handelt »über Bauchschnitt, besonders in Fällen, wo man drainiert, sowie über die Lage des Pat. im Bette nach Laparotomien«. Für mediane Laparotomien hat L. seinen bekannten medialen und lateralen Rectusscheidenschnitt angegeben, bezüglich dessen auf seine Originalmitteilung in unserem Blatte, Jahrgang 1898 p. 90, verwiesen wird. Für Fälle, wo größere Einblicke in die Bauchhöhle nötig sind, also namentlich bei Operationen wegen Wurmfortsatzperitonitis, hat L. seinen lateralen Rectusscheiden-Bauchschnitt mit mehr oder weniger ausgedehnter seitlicher Bauchhöhleneröffnung kombiniert und beschreibt jetzt diese Schnittführungen als seinen Appendicitisbauchschnitt I, II und III. Dabei wird durchgängig der Grundsatz befolgt, Aponeurosen und Muskeln in ihrer Faserrichtung zu teilen und die Nerven zu schonen. Zum Schluß werden die Rectusscheiden stets etagenweise ganz wieder zugenäht, die Drainöffnungen in Lücken der breiten Bauchmuskeln gelegt, diese übrigens sonst ebenfalls exakt genäht. Schnitt II geht lateralwärts bis an die Spina bzw. Crista ilei, Schnitt III noch weiter lendenwärts. L.'s Erfolge mit diesen Schnittführungen sind hinsichts Vermeidung von Narbenbrüchen ausgezeichnet; denn von 460 Pat., die in seiner Klinik wegen chronischer oder akuter Appendicitis ohne eitrige Peritonitis operiert sind, wurden 389 nachuntersucht, und fanden sich hierbei nur zwei kleine Brüche. Zu versenkten Nähten diente ausschließlich Catgut, trocken sterilisiertes und Chromcatgut.

L. läßt seine Laparotomierten im Bette die aufrecht sitzende Stellung einnehmen, während zur Förderung des venösen Blutabflusses in den Beinen das Bettfußende um 15—35 cm erhöht wird. Rücken und Kreuz des Pat. müssen gut gestützt werden. Um das Hinabgleiten nach dem Fußende zu hindern, erhält Pat. eine »Beckenstütze« unter die Beine, d. h. ein Kissen (sog. »Kniekissen«), das bis an die Sitzknorren reicht. In dieser Lage wird das Becken nach vorn und oben rotiert, die Bauchmuskulatur entspannt. Pat. muß fleißig tief Luft holen, seine Lage öfter gewechselt, die Beine bewegt werden usw.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **Krüger.** Die Diagnose der Lage des Wurmfortsatzes im akuten Anfall und ihre Bedeutung für die Schnittführung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 24.)

Um bei Operation der akuten Appendicitis, wie es zu wünschen ist, mit einem möglichst kleinen Schnitte auszukommen, ist es nötig,

schon im voraus die Lage des Wurmfortsatzes möglichst genau zu bestimmen. Nach den Erfahrungen der Riedel'schen Klinik, aus der K.'s Arbeit hervorgegangen ist, ist dies in der Mehrzahl der Fälle möglich, wenn in erster Linie die Anamnese und in zweiter der objektive Untersuchungsbefund von Fall zu Fall individualistisch gewürdigt werden, während der Tastungsbefund bzw. der Nachweis der perityphlitischen Geschwulst an Wichtigkeit zuletzt rangiert. Konsequent durchgeführte Notierungen über den Situs des Wurmes bei den Operationen der Klinik gaben interessanten Aufschluß über die Häufigkeit der einzelnen Sitzorte derselben; denn es fand sich der Wurm in 370 Fällen:

nach oben außen und hinten	66mal,
nach außen unten	131 »
nach der Mitte der Bauchhöhle	90 »
nach dem kleinen Becken zu gelegen	88 »

Für die Praxis genügt vollauf, eine dieser vier Situsarten des Fortsatzes mit leidlicher Wahrscheinlichkeit mutmaßen zu können. Um das Symptomenbild der Einzelfälle auf diese Diagnose zu verwerten, unterzieht K. die verschiedenen, im Einzelfalle variierenden Erscheinungen und Nebenerscheinungen der Krankheit einer kritisch-klinischen-pathologischen Allgemeinbesprechung, deren Ergebnisse dann kurz in einigen Schlußsätzen zusammengefaßt werden. Von letzteren sei hier folgendes wiedergegeben:

1) Übelkeit und Erbrechen. Beides spricht für freies Hineinragen des Fortsatzes in die Peritonealhöhle. Fehlt das Erbrechen, so ist zu schließen, daß der Fortsatz entweder in Verwachsungen eingeschlossen oder hinter dem Blinddarme bzw. Kolon befindlich ist.

2) Schmerz tritt in diffuser Form fast regelmäßig unter gleichen Bedingungen wie das Erbrechen auf. Von vornherein lokalisierter Schmerz führt direkt auf den verwachsenen oder versteckt liegenden Fortsatz. Mit zunehmender Größe des Infiltrates ist der Druckschmerz immer weniger maßgebend für die Lage des Fortsatzes.

3) Auftreibung des Leibes ist bedingt durch entzündliche Parese oder Verklebung der Darmschlingen, tritt frühzeitig auf bei freier Processuslage nach der Bauchhöhlenmitte oder nach dem kleinen Becken zu, erst später bei retrocoecal gelegenem Fortsatze.

4) Blasentenesmen und Schmerzen in der Harnröhre deuten an, daß der Fortsatz ins kleine Becken hinabhängt und entzündlich mit der Blasenwand verklebt ist. Bisweilen wird er bei Tastung vom Mastdarm aus fühlbar.

5) Schmerzen bei Bewegungen des rechten Beines oder Flexionsstellung desselben sprechen für entzündliche Verklebung des Wurmes mit der Fascie des M. ileopsoas.

6) Schmerzen bei tiefer Inspiration unter dem rechten Rippenbogen und nach der Lumbalgegend sind vorhanden bei Verwachsung des Fortsatzes mit der Leberunterfläche oder der Pars costalis des Zwerchfelles.

Riedel's Zickzackschnitt, im lateralen Teile parallel der Obliquus externus-Fasern laufend, im medialen Teile die Rectusscheide unter Medianwärtsschiebung des Muskels eröffnend und in den tiefen Schichten den Obliquus internus und transversus seiner Faserung parallel teilend, kann allen verschiedenen Fortsatzlagerungen gut angepaßt werden. Bei drainierten Fällen wird stets einige Wochen nach der Vernarbung die Narbe korrigiert, d. h. die auseinander gewichenen Ränder der Aponeurose des Obliquus externus, sowie die Muskelränder des Internus werden mobilisiert und mit Catgut zusammengenäht.

Zum Schluß stehen elf Krankengeschichten als Stichproben, aus denen die Möglichkeit der fraglichen richtigen Diagnosenstellung ersichtlich ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

9) **W. Vassmer.** Beitrag zur Kenntnis der primären Tumoren des Processus vermiformis und deren ätiologische Bedeutung für die Appendicitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 445.)

In einem neuen, zur Sache mitgeteilten Falle wurde einer 20jährigen Frau bei ihrem zweiten Appendicitisanfall bei schon bestehender Peritonitis der Wurmfortsatz (mit übrigens unglücklichem Resultat) exstirpiert, und ergab dessen Untersuchung in seiner Mitte ein ringförmiges, 2 cm langes, epitheliales Alveolärkarzinom. Während der coecalwärts von der Geschwulst gelegene Teil der Appendix keinerlei Entzündungszeichen aufwies, fanden sich solche — auch mikroskopisch — sehr ausgesprochen in dem Endstück des Fortsatzes unterhalb der Neubildung, so daß angenommen werden muß, daß die stenosierende Geschwulst die Ursache für die unterhalb derselben zustande gekommene Appendicitis abgegeben hat. Um nun der Frage nach dieser Wechselwirkung zwischen Geschwulst und Appendicitis näher auf den Grund zu gehen, hat V. die bislang publizierten Fälle primärer Appendixgeschwülste gesammelt und deren 65 gefunden, wobei es sich je 1mal um Myom, Fibromyom und Fibromyxom handelte, 2mal um Sarkome, 3mal um Endotheliome und 57mal um Karzinome. Dieser Sammlung fügt V. in einem Nachtrag noch 20 einer mittlerweile erschienenen Arbeit von Zaaijer entnommene Fälle von Karzinom hinzu. Die Prüfung des Gesamtmateriales ergibt, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Appendixgeschwulst und Appendicitis in jedem Falle natürlich nicht zu bestehen braucht, daß dagegen sehr wohl einmal, wie besonders von französischen Autoren betont ist, sich auf dem Boden einer chronischen Appendicitis eine bösartige Neubildung entwickeln kann, dann aber auch, daß Neubildungen bei Sitz im coecalen und mittleren Teile des Wurmes, durch zentrales Wachstum verengend bzw. verödend auf die Wurmlichtung wirkend, eine Prädisposition zur Entwicklung von Appendicitis abgeben können.

*

Klinisch praktisch kann eine zu primärem Krebs des Wurmes hinzutretende Appendicitis sehr nützlich werden, indem sie dem Wurmfortsatz nebst seinem Karzinom zu einer frühzeitigen Exstirpation verhilft, die ihm ohne sie nicht zuteil geworden wäre.

Die einschlägige Literatur ist in einem 14 Nummern zählenden Verzeichnis zusammengestellt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

10) P. Esau. Über die Radikaloperationen der Nabelbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 343.)

Nach kurzer Aufzählung der neueren, z. T. komplizierten Methoden zur Bauchdecken-Bruchpfortennaht bzw. Plastik bei Nabelbruchoperationen geht E. etwas näher auf die einfache, jedoch zuverlässige Nahtmethode von Bier ein, die mit der Methode von Championnière identisch ist. Die Bruchgeschwulst wird ovalär umschnitten, der umschriebene Hautlappen von der Fascienfläche abpräpariert, der Nabelring ringsum freigelegt. Folgt Eröffnung des Bruchsackes in geringer Ausdehnung, Reposition des Bruchinhaltes nach event. vorgängiger Netzresektion, Lösung von Verwachsungen usw., sodann Abtragung des Bruchsackes. Die Naht des Bauchfells geschieht mittels Tabaksbeutelnaht, bei größerem Bauchfellschnitt mittels fortlaufender Naht, doch so, daß der Anfangsfaden mit dem Schlußfaden zusammengeknotet wird, wodurch das Peritoneum bauchwärts eingestülpt und seine Narbe auf die Größe eines Knopfes verkleinert wird. Weiter werden schichtweise erst die Aponeurose, dann die Recti, schließlich die vordere Rectusscheide durch quer gelegte Knopfnähte derart zusammengenäht, daß stets breite Flächen jeder Schicht zusammengerafft aneinander gebracht und bauchwärts eingestülpt werden. Hiermit ergibt sich gute Entspannung der genähten Teile, so daß schließlich auch die Hautnaht ohne Spannung ausführbar ist. In ganz analoger Weise ist auch die Operation bzw. Naht postoperativer Narbenbauchbrüche ausführbar. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

11) J. Schütte. Über Pepsinverdauung bei Abwesenheit »freier Salzsäure«. (Aus dem I. öffentl. Kinderkrankeninstitut in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 44.)

Unter Wiederaufnahme schon früher angestellter Versuche wendet sich S. gegen die Annahme, daß bei Abwesenheit freier Salzsäure die Verdauungskraft des Magens unbedingt vermindert sein oder fehlen müsse. Aus seinen nach der Volhard'schen Methode angestellten Versuchen geht hervor, daß die Anwesenheit freier Salzsäure für die Pepsinverdauung nicht notwendig ist, daß diese sogar bei beträchtlichem Salzsäuremangel zustande kommen kann. Demnach sei die Bestimmung der freien HCl von sehr geringem diagnostischen Werte, die des Salzsäuredefizits wertlos. Dagegen könne die Bestimmung

der Gesamtsalzsäure unter Umständen gute Anhaltspunkte bezüglich der digestiven und sekretorischen Funktion liefern.

Renner (Breslau).

12) **Moynihan.** Observations upon the treatment of chronic diseases of the stomach.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Auf Grund langjähriger Erfahrung kommt der Verf. zum Schluß, daß bei gutartigen chronischen Magenerkrankungen der operative Eingriff nur dann berechtigt ist, wenn er wirklich Nutzen bringt. Wenn keine ganz klaren Geschwürssymptome vorliegen, handelt es sich oft, besonders bei Frauen, die bereits jahrelang krank sind, um muskelschwache Magenwände. Eine Gastroenterostomie bringt in diesen Fällen keinen dauernden Vorteil, wie dies Verf. an zwei Fällen nachweist. Ebenso indizieren Geschwüre der kleinen Kurvatur oder der kardialen Magenhälfte keine Operation, da diese nicht zur Heilung führt. Dagegen gibt die Gastroenterostomie bei Geschwüren des Pylorus oder der präpylorischen Gegend ausgezeichnete Resultate. Die Jejunumschlinge soll dabei, entgegen der Forderung Mayo's, so angeheftet werden, daß der absteigende Schenkel nach rechts gegen den Ursprung des Wurmfortsatzes gerichtet ist, wodurch in über 200 Fällen des Verf.s der Circulus vitiosus vermieden worden sein soll, während es nur in einem Falle zum Duodenalgeschwür kam.

Bei diesem ist chirurgische Behandlung stets nötig; bei kleinem solitärem Geschwür dessen Exzision, bei multiplen Geschwüren Resektion des mobilisierten Duodenum und End-zu-End-Vereinigung nach Kocher. Bei Sanduhrmagen ist stets die Gastroenterostomie des proximalen Teiles nötig.

Strauss (Nürnberg).

13) **Connell.** Peptic ulcer of the jejunum.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Seitdem Braun 1899, 18 Jahre nach der ersten Gastroenterostomie, den ersten Fall von peptischem Geschwür des Jejunum veröffentlicht hat, sind insgesamt 49 analoge Fälle bekannt geworden, sämtlich nach einer wegen gutartiger Magenaffektion ausgeführten Gastroenterostomie entstanden. Das fatale Ereignis tritt häufiger ein, wenn zur Anastomose eine lange Darmschlinge verwendet wird. Die Geschwürsbildung kann latent verlaufen, bis akute Blutungen oder Perforationssymptome auftreten.

Die Behandlung soll in erster Linie prophylaktisch wirken, indem die Hyperazidität, die zur primären Magenerkrankung führte, auch nach der Gastroenteroanastomose für mindestens 6 Monate durch eine geeignete Diät ausgeschaltet werden muß. Für die Behandlung des Geschwüres selbst bestehen die gleichen Indikationen wie für das Magen- und Duodenalgeschwür.

In Anbetracht der Möglichkeit einer postoperativen Geschwürs-

bildung im Jejunum sollte die Gastrojejunostomie nur bei wirklicher Indikation, d. i. bei der Pylorusstenose, ausgeführt werden.

Strauss (Nürnberg).

---

14) **A. R. v. Ruediger-Rydygier jr.** Beitrag zur pathologisch-anatomischen Untersuchung der Hämorrhoiden.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 491.)

Die tüchtige, aus dem Wiener pathologisch-anatomischen Institut (Prof. Weichselbaum) hervorgegangene Arbeit basiert auf fleißigen anatomischen Untersuchungen über die feineren topographischen Verhältnisse der Hämorrhoiden und über die Natur der denselben zugrunde liegenden Gefäßektasien. Um die interessierenden After-Mastdarmteile mit Zubehör (Sphinkter) in unverschobenen Situsverhältnissen präzis zur Anschauung zu bringen, wurden nach makroskopischer Musterung 4 cm lange, 2 oder mehr cm breite und dicke Schnitte dem Mastdarm entnommen und während einiger Tage in Formalin gehärtet. Dann folgte Abtragung feinerer Scheiben aus diesen Stücken zwecks Einbettung in Paraffin und Gewinnung von 5 μ dicken Schnitten, die nach geeigneter Färbung der mikroskopischen Betrachtung bei geringen Vergrößerungen (7—24fach) unterzogen wurden. Auf diese Weise sind mehr als 200 männliche wie weibliche und Kinder-, auch fötale Leichen untersucht. Die Beschreibung der Befunde erfolgt in der Arbeit an der Hand von 16 auf 12 Tafeln wiedergegebenen Abbildungen, bei denen Zeichnung und technische Reproduktion gleich vorzüglich ist. Sachlich-wissenschaftlich kommt es dem Verf. wesentlich darauf an, zu entscheiden, ob die alte, schon von Hippokrates gelehrte Ansicht, die Hämorrhoiden seien weiter nichts als Varicen der Aftervenen, zu Recht besteht, oder ob sie mit G. Reinbach als wirkliche Neubildungen (Angiome) anzusehen sind. v. R. erklärt, daß man, wenn man, wie er, einige Hunderte von mikroskopischen Präparaten durchmustert habe, zu der festen Überzeugung kommen wird, daß ersteres der Fall ist; dafür sprächen die Bilder der Knoten selbst, sowie ihr Verhältnis zu der Umgebung. Die beredte Sprache, welche die Abbildungen sprechen, ist ganz dazu angetan, den Leser für diese Theorie zu gewinnen.

Zur Vervollständigung ist noch hinzuzufügen, daß Verf. mit einem gedrängten historischen Überblick über die Literatur der Hämorrhoiden (Verzeichnis derselben mit 147 Nummern zum Schluß) von Hippokrates bis zur Gegenwart beginnt. Es folgt eine Besprechung der gröberen Anatomie der After-Mastdarmvenen, bei denen von Wichtigkeit ist, daß am Mastdarme zwei Venenplexus vorhanden sind, ein innerer für Mucosa und Submucosa und ein äußerer für die äußeren Weichteilschichten, die beide miteinander kommunizieren. Ebenso ist von Bedeutung, daß die aus der Mucosa und Submucosa kommenden Venenstämme die Muscularisschichten des Mastdarmes passieren müssen, womit ein Blutstauung begünstigendes Moment gegeben ist, zumal bei jeder Stuhlentleerung durch die Bauchpresse der Blutdruck in ihnen

erhöht wird. Schon bei jungen Individuen sind deshalb Gefäßerweiterungen nicht ungewöhnlich, bei Erwschsenen aber liegt die Sache so, daß es, wie Allingham erklärt hat, faktisch niemand gibt, der nicht Analvenenvaricen, also Hämorrhoiden, hat. Wenn letztere nicht immer als krankhaft zur Geltung kommen, liegt das daran, daß erst Komplikationen, Ulzeration, Infiltration, Infektion zu Beschwerden führen. Frauen zeigen die Abnormität nicht seltener, sondern gleich häufig wie Männer. Individuelle Eigentümlichkeiten, Erblichkeit, Rasse (Orientalen) haben prädisponierende Bedeutung für die Häufigkeit der Affektion. Dasselbe ist zu sagen von der »Plethora abdominalis«, übermäßiger Ernährung, sitzender Lebensweise, Exzessen in Venere (Onanie), Verstopfung, Unreinlichkeit usw. Auch Prostatahypertrophien mögen ätiologisch in Frage kommen; andererseits kann das Hämorrhoidalleiden seinerseits durch Blutkongestion auch zur Genese der Prostataerkrankung beitragen. Dagegen ist Herz- und Lebererkrankungen (Cirrhose) kein sonderlicher Einfluß auf die Hämorrhoidenbildung beizumessen. **Reinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

15) **Deaver.** The medical and surgical treatment of gallstones, their scope and relations.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Verf. geht davon aus, daß die ideale Behandlung der Gallensteinerkrankungen die chirurgische ist, und daß demzufolge alle Gallensteinkranken möglichst bald dem Chirurgen zugeführt werden sollen. Nur jene Kranken, bei denen Alter, Herzschwäche, Lungen- oder Nierenerkrankungen, schwere Anämie und Cholämie eine Operation aussichtslos machen, sind der internen Behandlung zuzuführen; diese kann lediglich symptomatisch und palliativ, niemals kausal wirken. Die chirurgische Behandlung der Gallensteinerkrankung erscheint ferner um so dringender, als der Zusammenhang von Leber-, Pankreas- und Darmerkrankungen mit Gallensteinerkrankungen für den Verf. feststeht. Bei der Operation sind alle irgend erreichbaren Steine zu entfernen, die Gallenblase nur dann, wenn sie nicht mehr als Gallenreservoir dienen kann. Drainage ist stets nötig, wenn Infektion vorhanden war. Die Drainage ins Duodenum betrachtet Verf. als einen Kunstfehler.

Bei postoperativem Erbrechen kommt möglichst baldige und ausgiebige Magenspülung in Betracht. **Strauss** (Nürnberg).

---

16) **Cammidge.** Pancreatic diabetes. With remarks upon its surgical treatment.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Verf. geht davon aus, daß in 75% aller Fälle der Diabetes durch eine Erkrankung des Pankreas bedingt ist, dessen Langerhans'sche Inseln vor allem den Krankheitsherd darstellen. Die Unterscheidung

zwischen Diabetes infolge Pankreaserkrankung und Diabetes aus anderen Ursachen ist nun wegen der Möglichkeit einer kausalen Therapie des Pankreasdiabetes sehr wichtig. Die früher angegebenen differentialdiagnostischen Merkmale (plötzlicher Beginn, rascher Verfall, Diabète maigre) treffen nicht zu. Dagegen gelang es C. bei Pankreaserkrankungen eine stets zuverlässige Reaktion des Urins zu finden, die in über 800 Proben ein positives Resultat ergab und auch bereits im Tierexperiment erprobt wurde (Eichler, Berliner klin. Wochenschrift 1907 Nr. 25). Die Reaktion beruht auf dem Vorhandensein einer nicht fermentativen Pentose und läßt durch eine Modifikation auch erkennen, ob es sich um aktive oder degenerative Prozesse im Pankreas handelt. In 48 Fällen, die teilweise nach dem Tode untersucht wurden, gaben 36 Fälle ein positives Resultat. In diesen Fällen war stets eine Pankreaserkrankung vorhanden, die entweder sekundär durch eine Entzündung der Ausführungsgänge oder durch Veränderungen der Blutgefäße bzw. Zirkulationsstörungen oder durch eine Neubildung der Drüse oder Umgebung bedingt war.

Die Behandlung der Pankreaserkrankungen nach biologischen Prinzipien (Pankreas-Duodenalmuskelextrakte) steht zurzeit noch im Versuchsstadium. Diätetische und hygienische Maßnahmen führen nur in den wenigsten Fällen zur Heilung. Da vorgeschrittene Erkrankungen als unheilbar betrachtet werden müssen, soll die Behandlung auf Grund der Pankreasreaktion möglichst frühzeitig, schon im präglykosurischen Stadium, eingreifen. Dabei muß die Ätiologie berücksichtigt werden, indem für die Fälle, die durch Entzündung nach Infektion der Ausführungsgänge bedingt sind, die chirurgische Therapie in Frage kommt, wenn interne Behandlung mit Natrium salicylicum und Darmantisepticis nicht in kurzer Zeit zur Heilung, d. i. zum Verschwinden der Pankreasreaktion führt. Dabei ist die Drainage der Pankreasausführungsgänge durch Cholecystenterostomie und eventuell Gastroenteroanastomose zur Ausschaltung des erkrankten Duodeum indiziert.

Zum Schluß betont Verf. noch das häufige Zusammentreffen von Gallensteinerkrankung und Diabetes, der durch die gleichzeitige Pankreatitis bedingt ist. In drei von vier Fällen brachte die Cholecystenterostomie Heilung, indem Pankreasreaktion und Zucker im Urin verschwand. Diabetes ist also keine Kontraindikation zur Operation der Gallensteinerkrankung, sondern bildet geradezu eine Indikation zum operativen Eingriff.

Pankreasdiabetes auf Grund luetischer Erkrankung verlangt antisyphilitische Behandlung; bei arteriosklerotischer Genese ist individualisierende diätetische und hygienische Behandlung im allgemeinen recht erfolgreich. **Strauss** (Nürnberg).

---

17) **F. Eichler.** Experimentelle Beiträge zur Diagnose der Pankreaserkrankungen. Die Cammidge'sche »Pankreasreaktion« im Urin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 25.)

Bei der Schwierigkeit der Diagnose einer Pankreaserkrankung am Lebenden und bei der Wichtigkeit der Frage soll die Untersuchungsmethode hier ausführlich wiedergegeben werden:

»Der zu prüfende Urin wird, wenn er weder Eiweiß noch Zucker enthält, sorgfältig filtriert und hierauf zu 20 ccm vom klaren Filtrat 1 ccm starke Salzsäure (spez. Gewicht 1,16) zugefügt. Diese Mischung wird langsam auf dem Sandbade in einem kleinen Kölbchen unter Zuhilfenahme eines Trichters als Kondensor erhitzt und 10 Minuten lang gekocht. Hierauf wird gut gekühlt und der Inhalt mit destilliertem Wasser wieder auf 20 ccm ergänzt. Der Überschuß von Säure wird nun neutralisiert durch langsames Hinzufügen von 4 g Bleikarbonat. Nach mehrere Minuten langem Stehen wird die Lösung durch ein gut angefeuchtetes dickes Filter vollkommen klar filtriert und das Filtrat sodann mit 4 g pulverisiertem dreibasigen Bleiazetat gut geschüttelt. Nach einiger Zeit filtriert man wieder bis zu vollständiger Klarheit und fällt dann das überschüssige Blei durch Zufügen von 2 g pulverisiertem Natriumsulfat als Schwefelblei aus, erhitzt die Lösung zum Sieden und kühlt sie in kaltem, fließenden Wasser auf eine möglichst niedrige Temperatur ab. Nunmehr wird der Inhalt der Flasche vorsichtig filtriert, und 10 ccm des klaren Filtrates werden mit destilliertem Wasser zu 18 ccm aufgefüllt. Hierzu kommen:

0,8 g salzsaures Phenylhydrazin,
2,0 g pulverisiertes Natriumazetat und
1 ccm 50%ige Essigsäure.

Dieses Gemisch wird in einem kleinen Kölbchen, wobei man wiederum einen Trichter als Kondensor benutzt, auf dem Sandbade 10 Minuten lang gekocht und dann durch ein mit heißem Wasser angefeuchtetes Filter in ein auf 15 ccm geeichtes Reagensglas filtriert. Sollte ein Filtrat von geringerer Menge sein, so wird es mit heißem Wasser bis zu 15 ccm aufgefüllt.

In ausgesprochenen Fällen von Pankreatitis soll sich bereits nach wenigen Stunden ein hellgelbes, flockiges Präzipitat bilden; doch ist es ratsam, das Filtrat bis zum nächsten Tage zur Abscheidung des Niederschlages ruhig stehen zu lassen. Unter dem Mikroskop betrachtet, setzt es sich zusammen aus langen, hellgelben, haarfeinen Kristallen, die in Büscheln angeordnet sind. Setzt man 33% Schwefelsäure zu, so lösen sie sich auf und verschwinden 10—15 Sekunden nachdem die Säure mit ihnen in Berührung gekommen ist. Das Präzipitat muß jedesmal mikroskopisch untersucht werden, da es unmöglich ist, den Charakter des oft nur ganz geringen Sediments mit bloßem Auge zu erkennen und somit leicht ein positiver Ausfall der Reaktion übersehen werden könnte.«

Sollte Zucker im Harn vorhanden sein, so muß man ihn vorher mittels Hefe vergären, den Alkohol durch Kochen des Urins austreiben, ehe man obiges Verfahren einleitet. Eiweiß muß zuvor durch Behandeln mit Ammoniumsulfat oder durch Ansäuern mit Essigsäure, Kochen und Filtrieren entfernt werden.

Verf. hat untersucht, ob man im Harn von Hunden, denen man experimentell eine Pankreatitis erzeugt hatte, die von Cammidge angegebene Reaktion bekam. Das Ergebnis war, daß in sämtlichen drei experimentell erzeugten Fällen von akuter Pankreatitis die Reaktion deutlich positiv ausfiel, während der Urin des gesunden Tieres dieselbe nicht gab; es handelte sich einmal um Pancreatitis haemorhagica, in den beiden anderen um Pancreatitis purulenta diffusa.

E. empfiehlt die Methode zur Nachprüfung an einem großen Krankenmaterial. Langemak (Erfurt).

---

18) **Mayo Robson.** Pancreatic catarrh and interstitial pancreatitis in their relation to catarrhal jaundice and also to glycosuria.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Die katarrhalische und chronische Gelbsucht ist in den allermeisten Fällen nicht durch eine primäre Erkrankung der Gallenwege bedingt. Auf Grund theoretischer Erwägungen und noch mehr auf der Basis zahlreicher autoptischer Befunde bei der Operation kommt R. zum Schluß, daß es sich bei der Mehrzahl der Fälle von Gelbsucht primär um eine Erkrankung des Pankreas handle, dessen Entzündung einen Druck auf den Gallenausführungsgang bedinge, wodurch es leicht zu einem Verschluß desselben und zur Gallenstauung komme, da die Galle nur unter einem recht geringen positiven Druck entleert werde. Die chronische Entzündung des Pankreaskopfes wurde früher vielfach als bösartige Neubildung diagnostiziert, und die Pat. ihrem Schicksal überlassen. 200 eigene Fälle zeigten dem Verf., daß gerade bei der Pankreatitis der chirurgische Eingriff berechtigt und von großem Nutzen ist.

Die Diagnose wurde in neuerer Zeit durch die Cammidge'sche Pankreasreaktion des Urins erheblich gefördert; daneben unterstützt die Beobachtung des Kotes (unverseifte Neutralfette) den Untersucher. Gallensteine können trotz gleichzeitig vorhandener Pankreatitis ohne Gelbsucht verlaufen, wie der Choledochus hinter dem Pankreaskopf verläuft, was in 30% aller anatomisch untersuchten Fälle vorliegt. Sehr oft jedoch bedingt die Entzündung der Gallenwege eine Pankreatitis und dadurch Gallenstauung, die am besten durch die Cholecystenterostomie behoben wird. Es ist daher durchaus verwerflich, bei Gallenblasensteinen die Cholecystektomie zu machen, wenn die Gallenblase noch einigermaßen gebrauchsfähig ist, zumal Rezidive von Steinbildung in der Blase nach Cholecystotomie und Drainage recht selten sind.

Zur Zuckerausscheidung kommt es bei der Pankreatitis nur, wenn es sich um weitgehende Drüsenveränderungen handelt, die auch die Langerhans'schen Inseln zerstören. In der Regel tritt dies erst nach langer Zeit ein, weshalb die Pankreatitis und die begleitenden Gallenwegerkrankungen möglichst frühzeitig und recht ausgiebig durch genügende Gallendrainage behandelt werden sollen. Geringe Zuckermengen im Urin bilden keine Kontraindikation gegen die Operation.

Die Mortalität der Operationen wegen chronischer Pankreaserkrankung betrug etwas über 2%, in 55 Fällen handelte es sich um Pankreas- und Gallensteinerkrankung. 42 Choledochotomien, 9 Cholecystotomien und 4 Cholecystenterostomien führten in 52 von diesen 55 Fällen zur Heilung, die in 48 Fällen eine dauernde war. 46mal handelte es sich lediglich um interstitielle Pankreatitis. Hier wurde 19mal die Cholecystotomie, 17mal die Cholecystenterostomie und 5mal die Lösung von Verwachsungen vorgenommen und in den meisten Fällen dauernde Heilung erzielt. **Strauss** (Nürnberg).

Kleinere Mitteilungen.

19) **W. Göbel.** Erfahrungen mit der v. Pirquet'schen kutanen Tuberkulinreaktion. (Aus der chirurg. Klinik der Kölner Akademie für praktische Medizin. Prof. Dr. Tilmann.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 4.)

Unter den geimpften Personen fanden sich ca. $^1/_3$ solcher, die mit Knochen-, Gelenk- und Drüsentuberkulose behaftet waren. Von den 17 kindlichen reagierten auf die Impfung alle bis auf einen Fall, von den 54 Erwachsenen ebenfalls alle außer einem; wenn auch viele andere klinisch tuberkulosefreie Erwachsene positive Reaktion gezeigt hatten. G. hält im Kindesalter den positiven Ausfall der Reaktion für nahezu beweisend und ist der Ansicht, daß er auch bei Erwachsenen einen vorsichtigen Schluß gestatte. Bei negativem Ausfall einer event. wiederholten Impfung kann bei Erwachsenen mit aller Wahrscheinlichkeit Tuberkulosefreiheit angenommen werden. **Kramer** (Glogau).

20) **Hymans und Polak-Daniels.** Über die Behandlung der Tuberkulose mit Marmorek'schem Serum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 48 u. 49.)

Nach einer resumierenden Wiedergabe der von anderer Seite mit dem Marmorek'schen Serum gemachten Erfahrungen teilen Verff. unter Wiedergabe der Krankengeschichten ihre eigenen Beobachtungen mit. Bei Pat. mit Lungentuberkulose waren die Resultate bei weitem nicht überall befriedigend; doch geht aus den obenerwähnten Krankengeschichten hervor, daß in einzelnen Fällen gute Resultate erzielt wurden, die wahrscheinlich auf andere Weise nicht erreicht wären. Bei der chirurgischen Tuberkulose war in fast allen Fällen die heilende Wirkung des Serums zu sehen, so daß an einer spezifischen Wirkung von den Verff. nicht gezweifelt wird. Die Resultate stimmen im allgemeinen mit denen der meisten anderen Autoren überein. — Es wurden 5 ccm als Klysma mittels einer Glyzerinspritze mit langer Kanüle gegeben, nachdem vorher Darmentleerung stattgefunden hatte. Obwohl die Pat. das Serum viele Monate hindurch täglich bekamen, wurden unangenehme Nebenwirkungen nie beobachtet. Je früher das Serum angewandt wurde, um so sicherer die Wirkung bei der chirurgischen Tuberkulose.

Langemak (Erfurt).

21) A. Wenzel. Ein Fall von Schweinerotlauf beim Menschen und dessen Heilung durch Schweinerotlaufserum.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Bei einem Tierarzt, der sich bei Injektion einer Reinkultur von Rotlaufbazillen am Daumen verletzt und infiziert hatte, verwendete W. gegen die progressive erysipelartige Schwellung anfangs die Bier'sche Stauung, bald aber wegen des Fortschreitens der Erkrankung eine Einspritzung von 8–9 ccm Rotlaufserum in das Unterhautzellgewebe des Bauches und eines Oberschenkels. Die Schmerzen ließen fast sofort nach; nach wenigen Stunden war auch die Rötung und Schwellung an der Hand und der lymphangitische Strang am Arme geschwunden.

Kramer (Glogau).

22) A. Heddaeus (Zittau). Tetanus nach subkutaner Gelatineinjektion nebst Bemerkungen über Anwendung der Gelatine bei Blutungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 5.)

Zur Stillung einer Blutung aus der Leber nach einer schwierigen Choledochusoperation nebst Gastroenterostomie hatte H. am Abend des Operationstages eine Einspritzung von ca. 80 ccm einer vom Apotheker wohl unzureichend sterilisierten 2%igen Gelatinelösung gemacht. 5 Tage später kam es zu Tetanus, dem die Pat. am folgenden Tage erlag. — Dieser Fall ist der zwölfte von Tetanus nach Gelatineinjektion; alle sind schwer und tödlich verlaufen. — Auch H. warnt deshalb vor der Verwendung der vom Apotheker bezogenen Gelatine, an Stelle welcher nur die 10%ige sterilisierte Gelatine Merck's für subkutane Einspritzungen in Betracht kommen darf; es ist das zurzeit handlichste und einwandsfreieste Präparat. Wo solche nicht erhältlich, muß die Darreichung der gewöhnlichen käuflichen Gelatine durch Mund oder Mastdarm der subkutanen Injektion vorgezogen werden.

Kramer (Glogau).

23) P. Zacharias (Erlangen). Zwei mit Antitoxin »Höchst« behandelte Fälle von Tetanus nach gynäkologischen Operationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 5.)

Von den in bezug auf die Entstehung der Tetanusinfektion nach Operation einer Eierstocksgeschwulst bzw. eines Scheidenvorfalles unaufgeklärt gebliebenen beiden Fällen von Tetanus ist der eine trotz der in den ersten 24 Stunden begonnenen Antitoxindarreichung (im ganzen 400 Antitoxineinheiten) 3 Tage darauf gestorben, während die andere Pat., die im ganzen 1400 Antitoxineinheiten erhielt, vielleicht infolge dieser höheren Dosen gerettet wurde; es waren ihr außerdem innerhalb 9 Tagen 9½ Liter Kochsalzlösung subkutan verabfolgt worden.

Kramer (Glogau).

24) Gebele. Über die Behandlung mittels Hyperämie nach Bier. (Aus der chirurg. Klinik München. Geh.-Rat v. Angerer.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 3 u. 4.)

Die Erfahrungen der Münchener chirurgischen Klinik über Hyperämiebehandlung bei Tuberkulose der Knochen und Gelenke waren im allgemeinen nicht gute; es traten sehr häufig heiße und kalte Abszesse nach vorübergehender Besserung, erstere bei aufgebrochener, letztere bei geschlossener Tuberkulose, auf. Von den elf Kniegelenkstuberkulosen sind nur zwei, von den sechs Fußwurzel- und Fußgelenkstuberkulosen keine geheilt; befriedigender waren die Resultate bei den Ellbogen-, Hand- und Schultergelenkstuberkulosen, wenn auch nur ein Teil von ihnen zur Heilung kamen. Im allgemeinen war der Eindruck, daß Weichteil- und besonders offene Tuberkulosen auf die Stauung besser reagieren, wie Knochen- und geschlossene Tuberkulosen. Wesentlich günstiger lautet das Urteil über die mit der Stauung bei den akut entzündlichen Prozessen erzielten Erfolge, die besonders bei Sehnenscheiden- und ostalen Panaritien besser waren, als seinerzeit Bestel-

meyer (s. Referat d. Bl. 1906 p. 656) aus derselben Klinik berichtet hatte. Unter der Stauung und Verminderung der Tamponade erholten sich häufig matte, verfärbte Sehnen oder stießen sich nur kleine Fetzen ab, so daß das funktionelle Resultat das bei der alten Behandlung erreichte weit übertraf. Allerdings wurden bei Sehnenscheidenphlegmonen, bei progredienten und tiefgehenden Eiterungen die Schnitte immer groß angelegt, so daß der Eiter gut abfließen konnte. Auch bei anderen akut eitrigen Prozessen waren die Erfolge der Saugbehandlung gute; bei eitriger Infiltration der Brustdrüse genügten indes Stichinzisionen ebenfalls nicht. Sehr empfehlenswert erwies sich die Stauungsbehandlung bei infizierten Wunden und als Prophylaktikum. Auch die Heißluftbehandlung ergab recht Erfreuliches; Distorsionen, Gelenkentzündungen wurden günstig beeinflußt, Gelenksteifigkeiten, z. B. nach Frakturen, rasch beseitigt. **Kramer** (Glogau).

25) **J. Oehler.** Unsere Erfahrungen bei 1000 Fällen von Rückenmarksanästhesie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 273.)

Nach schlechten Erfahrungen mit der Verwendung von β-Eukain wurde im Hamburg-Eppendorfer Krankenhause die Lumbalanästhesie 1905 wieder aufgenommen. Die Technik war die allgemein übliche. Das Alter der Anästhesierten schwankte zwischen 7—80 Jahren.

Zuerst wurde in 186 Fällen Stovain-Billon in einer Dosis von 3 ccm einer 4%igen adrenalinhaltigen Lösung benutzt. 161 Anästhesien waren gut, bei 15 Fällen mußte Narkose zu Hilfe genommen werden, und in 12 Fällen war die Wirkung eine unvollständige. Unangenehme Neben- und Nachwirkungen traten 30mal auf; am besorgniserregendsten waren Kollapszustände, während dauernde Paresen nie beobachtet wurden.

Mit Novokain in 5%iger Lösung und in Dosen von 2—4 ccm, je nach dem beabsichtigten Effekt, wurden 393 Anästhesien ausgeführt; darunter waren 15 völlige Versager und 15 unvollständige Wirkungen.

Die Neben- und Nachwirkungen (Kollapse, Kopfschmerzen, meningitische Reizung) schienen weniger bedeutend und die Wirkung ebenso sicher zu sein, wie bei Stovain.

73 Versuche mit Alypin vindizierten diesem Mittel keine Vorzüge vor dem Novokain.

Neuerdings ist ausschließlich Tropakokain in 5%iger Lösung in einer Dosis von 1—1½ ccm in Gebrauch. Unter den 146 Fällen waren 8 Versager und 9mal Neben- resp. Nachwirkungen leichterer Art zu konstatieren.

Tropakokain scheint bis jetzt das harmloseste Mittel zur Rückenmarksanästhesie, seine Wirksamkeit aber von kurzer Dauer zu sein.

Wie die ganze Methode, so steht speziell die Beckenhochlagerung hierbei noch im Stadium des Versuches.

So ideal ruhig wie Tropfnarkosen mit dem Roth-Dräger'schen Sauerstoffapparat und unter Skopolamin-Morphiumverwendung sind Lumbalanästhesien nie, und bei Laparotomien ist die Inhalationsnarkose entschieden vorzuziehen. Sehr brauchbar ist die Lumbalanästhesie dagegen bei Phthisikern, Potatoren, Herzkranken, alten Leuten usw. Absolut kontraindiziert ist sie bei septischen Prozessen, wie ein Todesfall an Meningitis lehrte. **Reich** (Tübingen).

26) **E. Holzbach.** 80 Lumbalanästhesien ohne Versager. (Aus der Tübinger Universitäts-Frauenklinik. Prof. Dr. Sellheim.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 3.)

Bei der Lumbalanästhesie, der Morphin-Skopolamineinspritzungen 1½ und ½ Stunde vorher vorausgeschickt werden, wird die Krönig'sche Nadel mit einem kurzen Schlauchstück armiert, das eine ruhige Lage der ersteren ermöglicht, und dem Stovain erst bei der Injektion das Suprarenin zugesetzt, durch das die Dauer der Anästhesie in einer für gynäkologische Operationen erforderlichen Weise

verlängert wird. Nach der ganz langsam durch den Schlauch vorgenommenen Einspritzung und Entfernung der Nadel wird Pat. steil aufgerichtet und in dieser Stellung ca. 5 Minuten belassen, bis die Injektionsflüssigkeit die Wärme des Liquors erreicht hat, danach langsam niedergelegt, wobei der Oberkörper erhöht gelagert ist, und nun langsam in Beckenhochlagerung übergeführt, wodurch ein Hinschwemmen des Giftes in Gegenden mit lebenswichtigen Zentren vermieden wird. Nach der Operation wird ebenso langsam die Horizontallage wieder hergestellt. Der Erfolg war in allen Fällen ein vollständiger, schwerere Nachwirkungen blieben stets aus. H. führt dies auf die Technik der Injektion, die Vermeidung brüsker Lageveränderungen und die absolute Reinheit des Anästhetikums zurück.

Kramer (Glogau).

27) **Hartleib.** Einwirkung der Tropakokain-Lumbalanästhesie auf die Nieren. (Aus der chirurg. Abteilung des St. Marienhospitals Bonn. Prof. Dr. Greff.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 5.)

Nach den allerdings nicht zahlreichen Erfahrungen H.'s bezüglich der Lumbalanästhesie mit Tropakokain kommen nach dieser sehr viel seltener als bei Stovainanwendung Nebenwirkungen auf die Nieren vor; in dem einzigen Falle solcher wurden sie erst 18 Tage nachher — Fall von perityphlitischem Abszeß! — beobachtet und schwanden nach 3 Tagen vollständig. **Kramer** (Glogau).

28) **F. Michelson.** Über die Wertlosigkeit des Zusatzes von Nebennierenpräparaten bei der Lumbalanästhesie.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Die Arbeiten von Dönitz und Bier bilden die Grundlage für die Einführung des Adrenalins in die Lumbalanästhesie. M. sucht nun zu zeigen, daß dieses Mittel bei gleichzeitiger subduraler Anwendung keinerlei entgiftende Wirkung auf das Kokain ausübe, wie dies Thies' Versuche beweisen, daß der Nutzen eines Adrenalinzusatzes ausschließlich auf der Verdünnung des Anästhetikums beruhe, bei Verwendung von gebrauchsfertigen adrenalinhaltigen Lösungen aber fortfalle. M. ist der Ansicht, daß gerade der Zusatz von Nebennierenpräparaten die Ursache der unangenehmen Nachwirkungen bei der Lumbalanästhesie sei. Die Verlängerung der Dauer der letzteren bei Adrenalinzusatz infolge verlangsamter Resorption des Anästhetikums biete keinen Vorteil, bedeute vielmehr einen Nachteil, da die Rückenmarkshäute länger mit dem meist als Reiz auf sie wirkenden Anästhetikum in Berührung bleiben und die Entzündungserscheinungen mit ihren Folgen heftiger seien. Diese theoretischen Erwägungen haben in M.'s klinischen Beobachtungen ihre volle Bestätigung gefunden; Verf. hat, seitdem er die Nebennierenpräparate fortläßt, nach Tropakokain niemals mehr, nach Stovain viel seltener Nachwirkungen von der Lumbalanästhesie gesehen. **Kramer** (Glogau).

29) **Gaudier** (Lille). Rhachistovaïnisation en chirurgie infantile.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 52.)

Zur Frage der Ausdehnung der Lumbalanästhesie auch auf das kindliche Alter sind die Resultate bedeutsam, die G. dabei erzielte. Er hat dieselbe bei Kindern bis herab zum 8. Lebensjahr angewendet und ist bis auf Hernienoperationen zufrieden mit den Leistungen. Nur bei wenigen Pat. trat etwas Erbrechen auf. Man muß nur die Aufmerksamkeit der Kinder ablenken.

Kaehler (Duisburg-M.).

30) **A. Becker.** Die Verbreitung der Echinokokkenkrankheit in Mecklenburg.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 1.)

Die umfangreiche statistische Arbeit bildet eine Fortsetzung der Madelungschen und erstreckt sich auf die Zeit vom 1. Januar 1884 bis 31. Dezember 1905,

in welcher 327 Erkrankungsfälle beim Menschen ärztlich bekannt wurden. Mit einer einzigen Ausnahme handelte es sich durchweg um den Echinokokkus unilocularis hydatidosus.

Die Häufigkeit der menschlichen Echinokokkenerkrankung in Mecklenburg hat seit Madelung nicht ab-, sondern beträchtlich zugenommen. Die Verteilung auf die einzelnen Landesteile ist die gleiche geblieben; bevorzugt ist der Osten und Norden des Landes. Ebenso hat die Zahl der Hunde zugenommen, sowohl absolut als im Verhältnis zur Bewohnerzahl. Die mecklenburgischen Hunde beherbergen häufiger als Hunde anderer Länder die Taenia echinococcus. Der größte Teil der an Echinokokkus erkrankten Mecklenburger gehört den niederen Ständen an, ein großer Teil Berufen, die viel mit Hunden zu tun haben. Der Viehreichtum von Mecklenburg hat seit 1883, obgleich eine erhebliche Abnahme der Schafzucht stattgefunden hat, im ganzen doch beträchtlich zugenommen, und zwar in stärkerem Maß als die Bevölkerung. Doch weist Mecklenburg heute noch die stärkste Schafzucht in Deutschland auf; und zwar wird in den Aushebungsbezirken Mecklenburgs, wo die meisten Echinokokkenerkrankungen vorkommen, auch die intensivste Schafzucht getrieben.

Im Verein mit Pommern weist Mecklenburg in ganz Deutschland den höchsten Prozentsatz von echinokokkenkrankem Schlachtvieh auf, doch scheint die Seuche im ganzen beim mecklenburgischen Vieh im Rückgange begriffen zu sein. Die sichergestellte Abnahme beim Schlachtvieh ist hauptsächlich auf die Errichtung von Schlachthäusern und Einführung des Schlachthauszwanges zurückzuführen. Ein Einfluß dieser hygienischen Maßnahmen auf die Erkrankungshäufigkeit beim Menschen hat sich noch nicht geltend gemacht, wohl wegen der langen Latenzzeit des Leidens.

Zur weiteren Bekämpfung der Seuche wird vorgeschlagen, die Haltung von Hunden gesetzlich einzuschränken, Schlächtern usw. die Hundehaltung im Betriebe ganz zu untersagen, die Hunde jährlich 1—2mal einer zwangsmäßigen Wurmkur zu unterwerfen, den Schlachthauszwang auszudehnen, erkrankte Tierorgane radikal zu vernichten usw.

Der Arbeit sind die Krankengeschichten der 327 Echinokokkenfälle, nach den befallenen Organen geordnet, beigefügt. Sie enthalten teilweise auch Operations- und Sektionsprotokolle, sowie Mitteilungen über das spätere Schicksal der Pat. Betreffs dieser Einzeldeiten muß auf das Original verwiesen werden.

Reich (Tübingen).

31) **M. Grasmann.** Ein Fall von Berstungsruptur des Darmes infolge Hebens einer Last bei gleichzeitiger doppelseitiger Leistenhernie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 41.)

Der aus dem städtischen Krankenhause München r. d. I. (F. Brunner) stammende Fall betrifft einen gesunden 48jährigen Arbeiter, der, mit einem doppelten Leistenbruche behaftet, beim Heben eines 1 Zentner schweren Sackes einen heftigen Schmerz in der rechten Unterbauchgegend empfand. In den folgenden 17 Stunden tritt diffuse Peritonitis ein, als deren Ausgangspunkt die Laparotomie einen Dünndarmriß 80 cm oberhalb der Ileocoecalklappe ergibt. Die perforierte Schlinge liegt dem rechten inneren Bruchringe dicht an und zeigt die Berstungsöffnung nebst kleinem Bluterguß auf der konvexen Seite. Tod.

Da die Sektion sonst völlige Gesundheit von Darm und Darmgefäßen ergab, eine äußere Gewalteinwirkung auf den Kranken aber nicht stattgefunden hatte, kann das Platzen des Darmes nur auf die Wirkung der Bauchpresse beim Heben zurückgeführt werden. Durch die Kontraktion der Bauchmuskeln schlüpfte die Schlinge unter dem Bruchbande nach dem Orte des geringsten Widerstandes, d. h. in den Leistenbruchsack, und unterlag in diesem einer Überdehnung, die zu ihrer Berstung führte.

G. stellt aus der Literatur zehn analoge, auf Erhöhung des intraabdominalen Druckes zurückzuführende subkutane Darmrupturen zusammen. Daß in sieben dieser Fälle ebenfalls gleichzeitig eine Leistenhernie resp. eine Bruchanlage fest-

gestellt ist, spricht für die Richtigkeit der von G. angenommenen Theorie zur Erklärung dieser Art von Darmrupturen, die zuerst von Bunge aufgestellt wurde.

Zum Schluß Literaturverzeichnis von 20 Nummern.

Reinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **Steinthal** (Stuttgart). Zur Kenntnis der Verletzung des Duodenum durch stumpfe Gewalt.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 4.)

Fall von querer Zerreißung des unteren horizontalen Schenkels des Duodenum bei einem 18jährigen Manne, der durch einen schweren Wagen überfahren worden war; im Mesenterium des Colon transversum ein 8 cm langer Riß. Operation 8 Stunden nach der Verletzung. Darm- und Mesokolonnaht, Gastroenterostomie, Drainage. Nach günstigem Verlauf in den ersten 7 Wochen plötzlich Ileuserscheinungen. Bei der Relaparotomie fand sich eine der oberen Jejunumschlingen durch einen Strang geknickt, der durchtrennt wurde. Heilung.

Der eigenartige Mechanismus der Verletzung wird von S. im Sinne Hertle's näher besprochen. Der Fall lehrt, daß hinter Mesenterialverletzungen Darmverletzungen stecken und leicht übersehen werden können. **Kramer** (Glogau).

33) **Baudet.** Sur une observation de plaie du rectum par empalement.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 7.)

Pfählungsverletzung durch die lanzenförmige Spitze eines Gitters, die sich in den Mastdarm einbohrte und, von dort nach oben dringend, das Bauchfell weit eröffnete. Nach Versorgung der unteren Wunde Laparotomie, die keine weitere Organverletzung ergab. Glatter Heilungsverlauf nach Naht der Peritonealwunde.

Kaehler (Duisburg-M.).

34) **Sieur.** Empalement accidentel, perforation de la paroi antérieure du rectum et contusion de la vessie. Laparotomie, guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 41.)

Pfählung auf ein Schullineal beim Versuch sich auf dasselbe zu setzen. Das Lineal dringt, ohne den Sphinkter zu verletzen, in den Mastdarm, durchbohrt die vordere Wand desselben, dringt zwischen Blase und deren hinteren Peritonealüberzug nach oben. In der halben Höhe der Blase bohrt es sich in die Bauchhöhle ein. Die vorgenommene Laparotomie stellte die letzt gemachten Angaben klar. Die Heilung war kompliziert durch Auseinanderweichen der Mastdarmnähte und eine nach 10 Tagen auftretende abdominelle Blasenfistel, war aber schließlich eine vollständige. **Kaehler** (Duisburg-M.).

35) **Schumann.** A study of pseudomyxoma peritonei, with the report of a case.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Verf. schildert an der Hand eines bei einer 53jährigen Frau beobachteten Falles die klinischen Erscheinungen des Pseudomyxoma peritonei. Die Laparotomie ergab ein geplatztes Cystadenom des linken Eierstockes. Von der Geschwulst ausgehend war das Netz und der Wurmfortsatz cystisch entartet. Es wurde zunächst lediglich die primäre Geschwulst entfernt. Nach 2 Jahren zeigte sich abermals starke Anschwellung des Leibes, die eine Relaparotomie nötig machte. Nun war die ganze Bauchhöhle mit myxomatösem Gewebe ausgefüllt, dessen Entfernung wegen zu starker Blutung nur partiell vorgenommen werden konnte. Die histologische Untersuchung ergab eine cystöse Geschwulst mit Zylinderepithel.

Auf Grund einer kurzen Literaturübersicht, unter Anführung von 56 Fällen, kommt Verf. zum Schluß, daß das Pseudomyxom des Bauchfells histologisch als eine Abart des Karzinoms betrachtet werden muß, dem es auch klinisch infolge seiner Neigung zu Rezidiven und wegen der sich bald einstellenden Kachexie

gleicht. Als Ausgangspunkt der Erkrankung muß ein geborstenes multilokuläres Cystadenom betrachtet werden. **Strauss** (Nürnberg).

36) E. Ruff. Darmblähung und Darmlähmung bei Sepsis extraabdominellen Ursprunges. (Aus der chirurg. Abteilung des Spitals der Wiener allgem. Poliklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

In einem Falle war im Anschluß an eine Gelenkoperation eine Sepsis entstanden, in deren Endstadium abdominelle Symptome in den Vordergrund traten: hochgradiger Meteorismus, Fehlen der Peristaltik. Dagegen fehlte Erbrechen, obwohl aus dem Magen durch Ausheberung große Mengen zersetzter Flüssigkeit entleert wurden. Die Blähung war zuerst ziemlich allgemein, später auf Blinddarm, Colon ascendens und transversum lokalisiert und scharf begrenzt.

Der zweite Pat. wurde stark delirierend, mit einer phlegmonösen Schwellung und Rötung am Oberschenkel, enormem Meteorismus bei fehlender Peristaltik eingeliefert. Anamnestisch war nicht festzustellen, welcher Prozeß zuerst bestanden hatte. Angeblich bestand seit 3 Tagen Stuhlverhaltung und Kotbrechen. Die Diagnose wurde hier auf septische Darmlähmung gestellt. Gegen septische Embolie der Mesenterica superior sprach das Fehlen blutiger Diarrhöen und heftiger Schmerzen, ferner das Fehlen anderer embolischer Herde, speziell einer Endokarditis. Auch eine Peritonitis kam kaum in Betracht, da weder Schmerzen, Singultus, Erbrechen, noch Exsudat vorhanden waren.

Schließlich beeinflußte auch der kurz vorher beobachtete erste Fall die Stellung der Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf septisch-toxische Darmlähmung. Die Obduktion bestätigte die Diagnose.

Aus der Literatur bringt Verf. einige Beispiele für die Möglichkeit des Entstehens einer Darmlähmung auf toxischem Wege, vor allem Fälle von Mannaberg.

Therapeutisch käme als Indicatio symptomatica Kolostomie in Frage, doch hat sie wohl bei dem vollkommenen Fehlen von Peristaltik wenig Wert. Medikamentöse Behandlung mit Klysmen, Abführmitteln, Physostigmin war erfolglos. Ein Befolgen der Indicatio morbi durch Inzision der Phlegmone war ebenfalls nutzlos; vielleicht wäre sie in einem früheren Stadium erfolgreicher gewesen.

Die Fälle lehren, daß man bei Ileusfällen ohne auffindbare lokale Ursache auch an septische Entstehung extraabdominellen Ursprunges denken soll. — Kurze Literaturangabe. **Renner** (Breslau).

37) G. Hirschel. Der heutige Stand der operativen Therapie der akuten eitrigen diffusen Peritonitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 263.)

Der Besprechung liegen 110 Krankengeschichten von Peritonitis diffusa zugrunde, die nach den Gesichtspunkten der Ätiologie, Symptomatologie und Therapie abgehandelt werden.

Als Gesamtheilungsresultat ergab sich:

Peritonitis	durch Appendicitis	65	Fälle;	30	geheilt,	35	†.
»	bei Gallenblasenerkrankung	7	»	0	»	7	†.
»	bei Magenperforation	6	»	2	»	4	†.
»	durch Duodenumperforation	3	»	0	»	3	†.
»	bei Darmperforation verschiedener Ätiologie	15	»	2	»	13	†.
»	bei Dysenterie und Enteritis	2	»	0	»	2	†.
»	bei weiblichen Genitalaffektionen	5	»	1	»	4	†.
»	bei Blasenruptur	1	»	0	»	1	†.
»	ohne bekannten Ausgangspunkt	6	»	0	»	6	†.

Die Erfahrungen des Verf.s führten in bezug auf die Therapie zu folgenden Schlußsätzen:

Alle Fälle von diffuser Peritonitis sind chirurgisch zu behandeln, mit Ausnahme einzelner, ganz desolater, agonaler Fälle. Aber auch bei ganz schweren

Fällen, wenn noch einige Hoffnung auf Rettung vorhanden ist, soll ein Versuch der Operation gemacht werden, da man oft überraschende Heilungen erlebt. Die Operation soll tunlichst bald ausgeführt werden. Raschheit und Sorgfalt zugleich im Operieren sind eine Grundbedingung des Erfolges.

In allen Fällen soll zunächst das ursächliche Moment der Peritonitis zu entfernen angestrebt werden.

Bei vorhandener Darmparalyse kommen Ausmelken des Darmes, Enterotomien, Enterostomien, Typhlostomien und Darmresektionen je nach Indikation in Betracht.

Das vorhandene Exsudat muß möglichst gründlich und schonend aus der Bauchhöhle entfernt werden:

Bei plötzlicher diffuser Überschwemmung des Bauchfells mit Infektionsmaterial, z. B. bei Magen-Darmperforationen oder bei dickeitriger und jauchiger Peritonitis, z. B. nach Appendixperforation mit überall, auch im Douglas, nachweisbarem Exsudat, ist Spülung angezeigt. Dagegen wird bei nicht ganz allgemeiner Peritonitis, bei trübserösem Erguß und bei ungleicher Beschaffenheit des Exsudats dieses mit feuchten Kompressen ausgetupft.

Die Inzisionen werden ausreichend groß angelegt, durch Drains und Tampons offen gehalten und nach Bedarf seitliche und lumbale Gegenöffnungen angelegt. Nach der Operation wird Beckentieflagerung angewandt.

In ganz schweren Fällen wurde versucht, die peritoneale Resorption durch Kampferöl zu hemmen. Über den Erfolg dieser Versuche müssen aber noch weitere Erfahrungen entscheiden.

Größter Wert ist auf die Nachbehandlung zu legen, dabei hauptsächlich auf Hebung der Herzkraft und Bekämpfung der Darmlähmung zu achten.

Reich (Tübingen).

38) **Michael.** Zur Fibrolysinbehandlung perigastritischer Verwachsungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

In den beiden mitgeteilten Fällen handelte es sich um ausgedehnte perigastritische Verwachsungen, die durch subkutane Fibrolysininjektionen, welche in nach links und unten ausgezogenen konzentrischen Kreisen gemacht wurden, soweit beseitigt wurden, daß eine Hebung des Allgemeinbefindens und Gewichtszunahme eintrat. Entzündliche Erscheinungen und allgemeine Reaktionen blieben aus; verwendet wurde das Merck'sche Präparat, und davon jeden 2. Tag eine halbe Ampulle, gleich 1,15 ccm, eingespritzt.

Nach den Literaturmitteilungen wird am günstigsten die Wirksamkeit des Fibrolysins, außer bei Speiseröhrenstrikturen, bei peritonitischen, speziell perigastritischen Verwachsungen beurteilt. **Langemak** (Erfurt).

39) **Bonnet.** Appendice inclus dans la terminaison du mésentère.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 53.)

Die Lage des Wurmfortsatzes hinter der hinteren Wand des Blinddarmes ist nicht selten, wesentlich seltener die Lage in der Wurzel des Mesenterium. B. berichtet über einen solchen Fall. In einem klinisch deutlichen Anfall von Appendicitis fand er, daß die Taenia libera des Colon ascendens sich bis in das Peritoneum der Fossa iliaca fortsetzte, ohne daß ein Wurmfortsatz zu sehen war. Nach seitlicher Inzision des Bauchfells und Ausschälung des Blinddarmes fand er den in entzündlich-hypertrophische, z. T. vereiterte Drüsen eingebetteten Wurm.

Kaehler (Duisburg-M.).

40) **Lecène.** Deux cas de cancer primitif de l'appendice iléo-coecal.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 222.)

L. glaubt, daß eine große Anzahl von Karzinomen des Wurmfortsatzes deshalb für die Kasuistik verloren gehen, weil man den resezierten Wurm nicht

systematisch histologisch untersucht. Einzelne Beobachter, die sich dieser Aufgabe unterzogen, hatten in kurzer Zeit auffallend viele. Seine beiden Fälle betrafen Individuen verhältnismäßig jugendlichen Alters, 29 und 32 Jahre. Im ersten Falle Heilungsdauer 4 Jahre, obwohl im Mesenteriolum schon karzinomatöse Knoten sich fanden.

In der Diskussion (p. 247 ff.) werden noch eine Anzahl von primären Appendixkrebsen aufgeführt. Monod und Lucas-Championnière weisen auf Grund ihrer großen Erfahrung darauf hin, daß es vielleicht Unterschiede in der Art der Karzinome gäbe, die das Mikroskop nicht aufgedeckt habe; denn die relative Gutartigkeit der einen, die Bösartigkeit der anderen in klinischer Beziehung gäbe zu denken. **Kaehler** (Duisburg-M.).

41) M. Matsuoka. Über einen Fall von Nabelhernie, verursacht durch eine Dottergangscyste.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 189.)

M. operierte eine 38jährige Frau wegen eines vor 4 Jahren entstandenen mannsdaumengroßen Nabelbruches, wobei die Entwicklung des Bruchsackes eine an dessen Basis in seiner Wand gelegene erbsengroße Geschwulst mit herausbeförderte, eine Cyste, die mit in Cholestearinmetamorphose begriffenem Detritus gefüllt war. Ihre Innenfläche war histologisch der Dünndarmschleimhaut analog gebaut; mithin handelte es sich um eine Dottergangscyste. M. nimmt gemäß der Roser'schen Theorie an, daß die Geschwulst zur bruchsackbildenden Bauchfellausstülpung geführt hat. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

42) Lapeyre. Deux cas de torsion intraabdominale du grand épiploon.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 192.)

In beiden Fällen handelte es sich um Netzdrehungen, bei denen das Netz in einem rechtsseitigen Leistenbruchsack verwachsen war. In beiden Fällen lag die Umdrehungsstelle weit oberhalb der Bruchpforte. Das eine Mal wurde unter der Diagnose »irreponibler Netzbruch«, das zweite Mal unter der Diagnose »Peritonitis nach Appendicitis« operiert. Bestehender Leistenbruch und Verwachsungen begünstigen die Entstehung der Torsion. In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß die Verwachsungen das Verständnis des Entstehungsmechanismus eher erschweren als erleichtern. **Kaehler** (Duisburg-M.).

43) Morris. Another method for forming a gastric fistula.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Bei einem 71jährigen Manne sollte wegen einer Verätzungsstriktur der Speiseröhre eine Magenfistel nach Witzel angelegt werden. Es gelang jedoch nicht, den Magen gegen die Bauchwand vorzuziehen, weshalb Verf. auf beiden Seiten der Inzisionswunde je einen Hautlappen bildete, die proximalwärts mit der Bauchhaut in Verbindung blieben. Die distalen Enden wurden in den Magen eingenäht und zu einer Röhre vereinigt, durch die ein Gummischlauch in den Magen eingeführt werden konnte. Die Hautröhre wurde durch die genähte Bauchwunde gekreuzt, wodurch ein elastischer Verschluß der Röhre und der Fistel zustande kam.

Pat. starb im Laufe der ersten 24 Stunden nach der Operation.

Strauss (Nürnberg).

44) M. Mori. Nachtrag zu dem Falle von »Pneumatosis cystoides intestinorum hominis«, mitgeteilt in Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXVIII, p. 553[1].

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 620.)

Der von M. operierte Pat. kam 9 Monate nach der Operation zu einer Relaparotomie, da er an Darmpassagestörungen mit Kolikbeschwerden litt. Man fand

---

[1] Dieses Zentralblatt 1907. p. 1218.

schwielige Verwachsungen am Magen, deren Beseitigung guten Erfolg hatte. Die Baucheröffnung gab die interessante Gelegenheit, den Darm des Mannes wieder zu revidieren, wobei sich herausstellte, daß die Gascystenbildungen völlig und spurlos verschwunden waren. Hiernach gibt M. seine Annahme, die Ursache der Erkrankung habe in Bakterienbildung bestanden, auf und vermutet nunmehr, daß die »Ursache doch mehr in Zirkulationsstörungen begründet« gewesen sei.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **E. Schümann.** Zur Entstehung der intestinalen Aktinomykose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 308.)

Beobachtung der Leipziger Klinik, betreffend einen 65jährigen, sonst im wesentlichen gesunden Hofmeister, welcher, seit 5 Wochen unter Druckgefühlen im Bauch abgemagert, eine apfelsinengroße, sehr harte Geschwulst links vom Nabel zeigte. Bei der unter der Vermutungsdiagnose Dickdarmkrebs vorgenommenen Laparotomie findet sich die am Querkolon breit ansetzende Geschwulst in dem etwas zusammengerafften, großen Netz liegend; sie umscheidet ein 8 cm langes Darmstück an dessen unterer Peripherie als derbe Masse und wird (mit übrigens letalem Ausgang durch Peritonitis) mittels Darmresektion entfernt. Die Untersuchung der Geschwulst zeigte, daß es sich um ein »Aktinomykom«, und zwar um ein im Verhältnis zur Darmwand extramurales handelte. Die Vereinigung zwischen Geschwulst und Darm wird durch Bindegewebszüge vermittelt, die von der Subserosa in jene hineinziehen. In der Mitte des resezierten Darmes befindet sich eine $1^1/_2$ cm tiefe Einziehung nach der Geschwulst hin, von weißlicher, der Sonde völlig Widerstand leistender Schleimhaut überzogen. In der Geschwulst liegt genau axial zu der beschriebenen Einsenkung ein 2 cm langer, drehrunder, dünner, knöcherner Fremdkörper, augenscheinlich ein Geflügelknöchelchenstück, das als Infektionsträger anzusehen und in ätiologischer Beziehung von besonderem Interesse ist. Bekanntlich sind in der Regel Fremdkörper pflanzlicher Herkunft die Aktinomycesimporteure, doch führt als früher publizierte Seitenstücke zu seinem Falle S. einige Beobachtungen an, wo ein Zahnfragment, Fischgräten, auch ein Stück Roggenbrot die Pilzinvasion vermittelte. Er wirft deshalb die Frage auf, ob nicht an eine Pilzentwicklung auf dem Verderben ausgesetzten Nahrungsmitteln gedacht werden könne, wofür der Umstand sprechen könnte, daß nach tierärztlichen Beobachtungen in Holstein die Rinderkieferaktinomykose besonders häufig auf nassen, überschwemmt gewesenen Marschen auftritt. Betreffs der Biologie des Aktinomyces äußert S., unter Bezugnahme auf Israel, Wolff, Hesse u. a., kurz einige Zweifel über die generell-ätiologische Einheit der menschlichen Aktinomykose. Er glaubt, daß es eine Reihe von dem typischen Boström'schen Strahlenpilze differierende Abarten von Aktinomyces gibt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

46) **Viannay.** Un cas de diverticulite de Meckel.

(Arch. génér. de chir. Bd. II. Hft. 1.)

Bei einem 10jährigen Knaben bestanden seit 5 Tagen peritoneale Reizerscheinungen. Erbrechen und Retention von Winden und Stuhl. Eine bestimmte Diagnose konnte nicht gestellt werden. Die Laparotomie ergab ausgedehnte eitrige Bauchfellentzündung, die von einem brandigen Meckel'schen Divertikel ausgegangen war. Dieses war mit dem Mesenterium des Dünndarmes verwachsen und bildete so einen Ring, in dem die unterste Dünndarmschlinge eingeklemmt war. Die eingeklemmte Partie saß ganz nahe der Mündung des Divertikels und wurde mit diesem reseziert. Der Zustand des Pat. ließ die Darmnaht nicht mehr zu, so daß die beiden Darmenden zur Wunde herausgeleitet werden mußten. Tod nach wenigen Stunden.

Als Ausgangspunkt der ganzen Erkrankung wird eine akute Entzündung des Divertikels angenommen, die zu Adhäsionen und dann zur inneren Einklemmung führte. Die Diagnose der Divertikelentzündung ist bisher noch nie mit Sicherheit gestellt worden.

Strauss (Nürnberg).

47) F. Pendl. Darmstenose nach Brucheinklemmung und Taxis. (Aus dem schles. Krankenhause in Troppau.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Den von L. Meyer in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI zusammengestellten zehn Fällen reiht P. einen neuen an. Die Reposition hatte bald nach der Einklemmung stattgefunden und war sehr schwierig gewesen. Am nächsten Tage blutige Stühle, dann Genesung. Schon 3—4 Tage nach der Einklemmung traten kolikartige Schmerzen in der anderen Seite des Bauches auf, die sich in den nächsten Wochen oft wiederholten und schließlich zu einem hochgradigen Ileus steigerten, der 10 Wochen nach der Einklemmung Operation notwendig machte. Es fand sich ein in der Gegend der Bruchpforte ganz leicht angeklebtes (nicht verwachsenes) Darmstück, das in einer Länge von 10 cm einen Durchmesser von nur 1 cm hatte, oberhalb enorm dilatiert, unterhalb etwa normal weit, aber kollabiert war. Das verengte Stück war starr, derb, mit glänzender, bleigrauer, an der Schnürfurche zu beiden Enden etwas weißlicher Serosa überkleidet. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes nur Enteroanastomose. Glatte Heilung.

Da die Einklemmung nur sehr kurze Zeit bestanden hatte, glaubt Verf., daß die forcierte Taxis die bedeutende Schädigung des Darmes veranlaßt habe, kenntlich auch an der danach aufgetretenen Blutung. Er bringt dabei noch einen Fall von Darmblutung nach heftiger Taxis, in welchem ihm übrigens dann nur durch Auflegen einer Thermophorkompresse die Reposition gelang. Anschließend rühmt er den guten Erfolg solcher Kompressen in sechs Fällen.

Da die Serosa in seinem Fall unbeteiligt, der Darm auch nicht mit der Umgebung verwachsen war, erscheint ihm die Entstehung der Stenose durch Thrombose unmöglich. — Literaturangabe. **Renner** (Breslau).

48) J. C. Reinhardt. Zur Anwendung des Murphy'schen Darmknopfes. (Aus dem schles. Krankenhause zu Teschen.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 42.)

Von 34 mit Knopf anastomosierten Fällen (Carcinoma ventriculi, Ulcus ventriculi, Hernia incarcerata, Ileus, Ruptura intestini) endeten 16 tödlich. Jedoch ist nach Ansicht des Verf.s selbst nur in zweien der Knopf anzuschuldigen. Zweimal traten Komplikationen ein, ohne den Tod herbeizuführen: Festsitzen des Knopfes an der Anastomose, so daß er entfernt werden mußte; Verstopfung des Knopfes durch Pflaumenkernfragmente, Ileus und Darmfistel. Außerdem war dreimal der Knopf in den Magen gefallen. Ein Pat. starb am 6. Tage nach Pylorusresektion an Circulus vitiosus, woraus Verf., ohne näheres anzugeben, schließt, daß sich entgegen Mikulicz's Ansicht bei Knopfanwendung doch ein Circulus vitiosus ausbilden könne, solange der Knopf noch liegt. Infolge dieser üblen Erfahrungen will R.'s Chef, Hinterstoisser, den Knopf nur auf die verzweifeltsten Fälle beschränken, da nur bei diesen die Gefahr der Knopfanwendung zu verantworten sei.

Ob Verf. mit seiner Angabe Recht hat, daß weitaus die meisten deutschen Chirurgen die Naht als Normalverfahren ansehen, erscheint doch zweifelhaft, wenn man auch zugeben muß, daß speziell die Anwendung des Knopfes bei Darmoperationen weitaus mehr Gefahren bietet als am Magen. **Renner** (Breslau).

49) Wagner. Hirschsprung's disease.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 1.)

Verf. schildert angeblich den ersten bisher in der Literatur der Vereinigten Staaten erwähnten Fall Hirschsprung'scher Erkrankung.

Es handelte sich um ein 2jähriges Kind, das seit seiner Geburt an Verstopfung litt. Der Bauch war auffallend groß und breit, während die Extremitäten und der übrige Rumpf einen außerordentlich schlechten Ernährungszustand zeigten. Peristaltik war deutlich sichtbar. Bei der Operation ergab sich ein enorm auf-

geblähter Dickdarm, der die Form eines U zeigte. Beide Schenkel näherten sich soweit, daß es zu Knickung des Rohres kam, wodurch die Stuhlentleerung gehindert war. Das erkrankte Kolon wurde vollständig reseziert, Dünn- und Mastdarm durch Anastomose vereinigt.

Es zeigten sich keine peritonitischen Erscheinungen, doch starb das Kind plötzlich 32 Stunden nach der Operation unter den Erscheinungen der Embolie.

Strauss (Nürnberg).

50) **Buchanan.** Excision of the rectum for cicatricial stricture, by the combined method, with preservation of the sphincter.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Nach einer kurzen historischen Übersicht über die Entwicklung der Mastdarmexstirpation auf sakralem und abdominalem Wege schildert Verf. seinen eigenen Fall. Bei einer 34jährigen Frau bestand eine ausgedehnte ringförmige Narbenstriktur des Mastdarmes. Es wurde daher durch Laparotomie, bei der auch die entzündeten rechtsseitigen Adnexe entfernt wurden, das S romanum am Promontorium freigelegt, durchschnitten und beide Darmlichtungen durch Naht geschlossen. Nach Lösung des Mesorektum wurde der distale Darmabschnitt vom After her gefaßt und mit dem stenosierten Teile durch den After gezogen, dann vor dem After abgeschnitten. Eine weitere Zange faßt ebenfalls vom After aus den proximalen Darmabschnitt, der von der Laparotomiewunde aus der Zange zugeführt werden konnte, und von dieser durch den After gezogen wurde, worauf er an der Afteröffnung eingenäht wurde. Es erfolgte komplikationslose Heilung.

Strauss (Nürnberg).

51) **Kadygroboff.** Zur Stieltorsion der Wandermilz.

(Chirurgia 1907. Nr. 133. [Russisch.])

Die Zahl der bisher operierten Fälle von Torsionen des Stieles bei Wandermilz ist angeblich eine kleine. Beresnegoffsky (Russ. chir. Archiv 1906 Nr. 2) hat aus der gesamten Literatur nur 23 Fälle zusammenstellen können, wobei sich erwies, daß die Diagnose nicht ein einziges Mal gestellt worden war. K. bringt einen weiteren Fall, der ebenfalls nicht diagnostiziert, doch operativ geheilt wurde.

Eine 22jährige Bäuerin, IIpara, 3 Monate vor der Aufnahme in die Klinik zu Kasan im 2. Monate schwanger. Heftige Schmerzen in der linken Seite veranlaßten die Frau, Laienhilfe in Anspruch zu nehmen. Sie wurde »heftig geknetet und massiert«, worauf eine Frühgeburt erfolgte. Nach der Geburt erneute heftige Schmerzen, ein 3monatiges Krankenlager und endlich Überführung in die Klinik.

Status: Große, abgemagerte Frau. Das linke Hypogastrium stark hervortretend; eine fast mannskopfgroße Geschwulst, auf Druck schmerzhaft, reicht link tief herab. Ihr unterer Pol ist vom linken Scheidengewölbe aus deutlich fühlbar. Die Genitalien scheinen gesund. Da das linke Ovarium nicht gefühlt werden konnte, wurde eine von dort ausgehende Geschwulst angenommen, doch sprach eine zwischen Geschwulst und Symphysis gelegene breite tympanitische Zone dagegen.

Probelaparotomie in der Mittellinie. Befund: Genitalien normal, Uterus leicht vergrößert. Die Geschwulst ist die stark vergrößerte Milz, die bis in den Eingang des kleinen Beckens hinabreicht. Umschriebene adhäsive Peritonitis. Nach Ablösung der verwachsenen Darmpartien und des Netzes zeigte sich, daß die stark ptosische, dunkelgraugrün gefärbte Milz an einem langen, etwa daumendicken Stiele hing, der 4mal um seine Achse gedreht war. Nach Abklemmung des Stieles und Durchschneidung zwischen den Klemmen werden die Gefäße des zentralen Endes isoliert unterbunden. Bedeckung des Stumpfes mit Bauchfell und Etagennaht der Bauchdecken. Entlassung nach 3 Wochen.

Das gewonnene Präparat, 1,3 kg schwer, hatte die Dimensionen 18 : 14 : 10 cm. Die grünlich mißfarbene Oberfläche war bedeckt mit Spuren des verklebt gewesenen Netzes. Die Länge des entfernten Stieles betrug 10 cm. Die Venen waren

stark erweitert und rankenartig verschlungen. Mikroskopisch bot sich überall das Bild alter Infarkte, normale Elemente waren nicht zu entdecken. Zwischen nekrotischem Gewebe lagen Kristalle und Blutpigment. Am besten war noch das Gewebe in der Gegend der Kapsel erhalten, doch auch dort fanden sich überall Blutaustritte älteren und jüngeren Datums.

Im Anschluß an den Fall bespricht K. die Genese der Wandermilz, die ihrerseits Vorbedingung für die Stieldrehung ist. Die außerordentliche Länge des Stieles begünstigte das Zustandekommen einer vierfachen Torsion, die angeblich bis jetzt nur einmal beobachtet worden ist. Die Prognose hat als ernst zu gelten. Während bei Operation der Wandermilz eine Mortalität von 6—7% angegeben wird, schnellt sie bei Stieltorsion auf 43% herauf. Deshalb ist ein frühzeitiger Eingriff durchaus begründet. **Oettingen** (Berlin).

52) **Terrier.** De l'hépatico-duodénostomie par implantation.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 17.)

Im ersten Falle wurde eine Pat. zunächst wegen akuter infektiöser Cholecystitis und Cholangitis cholecystostomiert. Eine wechselnd funktionierende, aber persistierende Gallenfistel und immer wieder auftretendes Fieber führten zur Cholecystektomie, nach welcher die Galle fast völlig in den Darm abfloß. Nach 34 Tagen wieder Temperaturanstieg mit Schüttelfrösten. Eine Erweiterung der kleinen Gallenfistel bringt keine Besserung; deshalb dritte Operation: man stößt auf narbiges Gewebe und kann eine Durchgängigkeit des Choledochus nicht feststellen, die Loslösung des Duodenum, die leicht gelingt, läßt die großen Gallenwege frei übersehen. Zwischen Hepaticus und Choledochus liegt derbes Narbengewebe. Der Versuch einer Choledochoplastik mit Netz wird gemacht. Auch diese Operation bleibt ohne Resultat, Gallenfistel und Schüttelfröste halten an. Deshalb wird bei einer vierten Operation eine Hepatikoduodenostomie vorgenommen, die einerseits durch die seit der vorherigen Operation eingetretene starke Vergrößerung des Hepaticus, andererseits durch Loslösung und Emporziehung des Duodenum wesentlich erleichtert wird.

Im zweiten Falle handelte es sich um chronischen absoluten Choledochusverschluß seit 2 Monaten. Bei der Operation fand man eine ungewöhnlich starke Verhärtung im Pankreaskopf (Entzündung? Neubildung?), jedenfalls keinen Stein. Auch hier brachte die leicht zu bewerkstelligende Hepatikoduodenostomie Heilung.

Kaehler (Duisburg-M.).

53) **P. Esau.** Pankreascyste als Ursache einer Stenose der Flexura coli sinistra. (Aus dem Johannishospital zu Bonn.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 47.)

Eine nicht traumatische Cyste des Pankreasschwanzes hatte die Flexur geknickt und Ileuserscheinungen hervorgerufen. **Renner** (Breslau).

54) **W. Schmidt.** Ein Fall von Totalexstirpation einer Pankreascyste. (Aus der chirurg. Abteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart. Prof. Dr. Steinthal.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

In dem beschriebenen Falle gelang es, durch prophylaktische Darreichung strenger Diabeteskost und kleiner Gaben von Natr. bicarb. der Entstehung einer Pankreasfistel nach Exstirpation der von dem Pankreasschwanz ausgegangenen, sehr beweglichen, faustgroßen Pseudocyste vorzubeugen. Solange die Diät eingehalten wurde, war die Sekretion ganz gering, um bei Änderung der Ernährung auf einmal sehr reichlich und fad riechend zu werden, nach Rückkehr zur Diabeteskost mit Natron sofort wieder nachzulassen und bald ganz zu versiegen. — Nach dieser Erfahrung wird auch bei Pankreasverletzungen und -Erkrankungen die Wohlgemuth'sche Kost von Vorteil sein. Auch in einem Falle von 1¾ Jahre alter Pankreasfistel führte sie rasch zur Heilung. **Kramer** (Glogau).

55) Guinard. Pancréatite hémorragique et pancréatite suppurée.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 197.)

An der Hand zweier Fälle erörtert G. die Diagnose und Therapie dieser Erkrankungen. Er hält die Diagnose der hämorrhagischen Form für leicht, »vorausgesetzt, daß man daran denkt«. Er scheidet dabei aus die ganz rapid verlaufenden, in kürzester Zeit zum Tode führenden Fälle, sowie die chronischen. Als Kardinalsymptome sieht er an das plötzliche Einsetzen, den charakteristischen Schmerz (Coeliacalneuralgie), die rasche Kachexie, die Geschwulstbildung. In differentialdiagnostischer Beziehung ist festzuhalten, daß sich das klinische Bild eben mit keinem der anderen akut einsetzenden Bauchleiden deckt (cf. Bornhaupt in Langenbeck's Archiv Bd. LXXXII). Der zweite Fall, der ganz die Erscheinungen eines abgekapselten Pyopneumothorax darbot, wurde durch transpleurale Laparotomie in Angriff genommen. G. tritt für diesen Weg im gegebenen Falle ein, stellt der gefürchteten Infektion der Pleura die weitaus gefährlichere des Bauchfells entgegen, ohne aber die anderen Angriffswege ausschalten zu wollen. Bei Erörterung der Pathogenese der Erkrankung wirft er die Frage auf, ob nicht an merkurielle Vergiftungen des öftern zu denken sei (sein erster Fall bietet Anlaß dazu), und erinnert an den Einfluß des Quecksilbers auf die Speicheldrüsen. In der Diskussion (p. 285) macht Pierre Delbet auf die Neigung aufmerksam, alle Eiteransammlungen, die man früher als subphrenischen Pyopneumothorax bezeichnet hat, jetzt »Pancreatitis suppurativa« zu nennen, und erläutert an Beispielen, wie man sich dabei irren könne.

Kaehler (Duisburg-M.).

56) S. Galinowskaja. Ein Fall von Echinokokkus im Dünndarmmesenterium.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1906. [Russisch.])

Die Verfasserin bringt einen Fall von L. B. Schapiro:

Der 18jährige Pat. entdeckte vor 6 Jahren in der Mitte seines Bauches eine nußgroße Geschwulst, die allmählich anfing unbequem zu werden, schließlich zum Ausgangspunkt kolikartiger Schmerzen wurde. Er hatte nie Stuhlbeschwerden. Etwas links unterhalb des Nabels war eine kindskopfgroße, derbe, glatte, elastische Geschwulst zu fühlen, die etwas nach rechts und links verschieblich war, aber immer von selbst in die ursprüngliche Lage zurückkehrte. Respiratorisch war sie nicht verschieblich. Jede Verschiebung verursachte kolikartige, ins Kreuz und die Flanken ausstrahlende Schmerzen. Über die Geschwulst verlief eine Darmschlinge. Diagnose: Mesenterialcyste fraglicher Herkunft.

Medianlaparotomie: Schapiro fand eine sehr derbwandige Cyste, die, die Blätter des Mesenterium auseinanderdrängend, dicht an die zugehörige, klinisch nachgewiesene Darmschlinge heranreichte und ziemlich fest an die hintere Bauchwand fixiert war. Verwachsungen mit zahlreichen Darmschlingen. Es blieb nichts übrig als die Cyste zu öffnen und einzunähen. Die Innenwand war ganz mit Kalk überzogen, der von den Granulationen allmählich abgehoben und zum Teil mit dem scharfen Löffel entfernt wurde. Der Inhalt der einkammerigen Cyste bestand aus einer trüben Flüssigkeit, auf der beim Stehen eine Fettschicht sich bildete. Eine mikroskopische Untersuchung der Cystenwand scheint nicht gemacht zu sein. In 103 Tagen völlige Heilung unter Tamponade.

Nach 2 Monaten stellte Pat. sich gesund und zufrieden wieder vor.

V. E. Mertens (Kiel).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 15. Sonnabend, den 11. April 1908.

Inhalt.

XXXVII. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

1) **H. Königer.** Zytologische Untersuchungsmethode.

Jena, **Gustav Fischer**, 1908.

Die anspruchsvolle Bezeichnung »Zytodiagnostik« umschreibt die Tatsache, daß wir in dem mikroskopischen Verhalten der »Zellformen« ein sehr wesentliches Hilfsmittel zur Differentialdiagnostik der entzündlichen und proliferierenden Erkrankungen, besonders der serösen Höhlen, besitzen (Pleura, Bauchhöhle, Spinalkanal usw.). — Es ist ein

großes Verdienst des Verf.s, in sehr übersichtlicher Form einen Überblick über die Entwicklung und das augenblickliche Können der Methodik zu geben, die darin besteht, daß man von Probepunktionen, Flüssigkeitsergüssen Deckglaspräparate macht und gut mikroskopiert. Damit können wir z. B., wie Verf. betont, mit fast absoluter Sicherheit aus dem Vorhandensein z. B. an der reinen Lymphocytose bei Fehlen von Endothelien usw. tuberkulöse Prozesse diagnostizieren gegenüber akut entzündlichen, syphilitischen oder geschwulstartigen Erkrankungen usw. Sollte der mikroskopische Befund event. nicht eindeutig und eine chemische Differentialdiagnostik zwischen entzündlichen und tuberkulösen Veränderungen wünschenswert sein, so würde neuerdings, nach des Ref. Ansicht, entweder die autolytische Probe von Müller (Breslau) in Frage kommen, oder vielleicht noch einfacher der Ausfall der Biuretreaktion, auf die Ref. seinerzeit zuerst hinwies.

Das vorliegende Buch gibt in vorzüglicher übersichtlicher Form sonst alles Wissenswerte auf dem Gebiete wieder, wodurch der Kliniker leicht sich über den Stand der Frage zu orientieren vermag.

Heile (Wiesbaden).

---

2) **A. D. Pawlowski.** Das Schicksal einiger pathogener, hauptsächlich pyogener Mikroben im tierischen Organismus bei Eindringen derselben durch die Gelenke, Pleura, Augen, Mundhöhle, Darm und Scheide.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 6 u. 7.)

Fortsetzung der früheren Arbeit P.'s (s. Zeitschrift f. Hyg. und Infektionskrankh. 1900, Bd. XXXIII, p. 261). Auf Grund zahlreicher Experimente an Kaninchen und Meerschweinchen kommt P. zu folgenden Schlüssen. Der Übergang der Mikroben von oben genannten Stellen in den Organismus ist durch die Experimente klar bewiesen. Er geschieht bei verschiedenen Tieren verschieden rasch und in verschiedenen Quantitäten. Die Ansammlung von Leukocyten und bindegewebigen Granulationselementen bildet protoplasmatische Hindernisse für das Eindringen der Mikroben in die Gewebe und Organe. Auf das Eindringen durch unverletzte Schleimhäute und Höhlenwände wirken hauptsächlich folgende Ursachen ein: die Tierspezies, die Art der Mikroben, die Infektionsstelle, der Zustand der Gewebe, die Empfänglichkeit der Tiere im Sinne der Vorräte an Ambozeptoren und Alexinen. Die Dissemination der Mikroben im Organismus geschieht innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Infektion (Eliminationsperiode), ebenso die Ausscheidung der Mikroben mit dem Harn. Verschiedene Schädlichkeiten — mechanische, chemische und toxische — begünstigen das Eindringen der Mikroben in die Gewebe und ihre Dissemination im Organismus; doch dringen stark virulente Mikroben bei für sie empfänglichen Tieren auch durch gesunde Schleimhäute und Höhlenwände rasch ins Blut. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

---

3) **Longcope.** Changes in the bone-marrow in the terminal stages of acute infections.

(Bull. of the Ayer clin. laboratory of the Pennsylvania hospital 1907. Nr. 4.)

L. hat Muir's Angabe experimentell nachgeprüft, nach welcher das Knochenmark während des Lebens (z. B. bei einer Rippenresektion) viel reicher an polymorphonukleären Leukocyten ist als bei der Autopsie. Nach L.'s Untersuchungen bei akuten Infektionen (Empyem, Peritonitis), die mit einer polymorphonukleären Leukocytose einhergehen, beruht diese agonale Verminderung der Leukocyten nicht, wie Muir meinte, auf einer mechanischen Ausschwemmung derselben aus dem Mark während der Agone, sondern ist der Ausdruck dafür, daß die toxische Einwirkung der Infektion auf das Mark überwältigend geworden ist, daß die Knochenmarkszellen der Infektion erlegen sind.

Mohr (Bielefeld).

---

4) **Czerny.** Über die Blitzbehandlung (Fulguration) der Krebse. (Aus dem Institut für Krebsforschung in Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 6.)

Nachdem bereits Rivière, Oudin, Bergonié, Freund, Strebel u. a. hochgespannte und hochfrequente Funkenströme gegen Cancroide in Anwendung gebracht, hat der Marseiller Arzt de Keating-Hart Ende 1906 seine neue Methode der Sideration der Krebse mit elektrischen Funken mitgeteilt, über die C. in vorliegender Abhandlung, ebenso wie Benckiser und Krumm in der Deutschen med. Wochenschrift, ausführlich berichtet. C. hat die Methode bei Pozzi durch de Keating-Hart kennen gelernt und selbst bisher in einigen Fällen versucht. Das Wesentliche derselben besteht darin, »daß Keating-Hart möglichst kräftige Blitzfunkenbüschel von einer Metallelektrode 5, 10, ja 40 Minuten lang auf die Krebse in 2—4 cm Distanz mit häufigem Ortswechsel einfallen läßt, während der (auf einem Holztisch gelagerte) Kranke sich in tiefer Narkose befindet. Dann wird die bestrahlte Krebspartie mit dem Messer exstirpiert oder mit dem scharfen Löffel enukleiert oder abgeschabt und die Wundfläche abermals 10—15 Minuten lang fulguriert, um die noch zurückgebliebenen Krebszellennester zu zerstören«. Da die überspringenden Funken eine beträchtliche Hitze und damit Verbrennung bewirken, sucht Keating-Hart die Blitzbüschel zu kühlen, indem er sie durch Kohlensäure leitet. Die von ihm benutzten und die von C. etwas modifizierten Elektroden sind in der Arbeit abgebildet. — Die die Krebszellen zerstörende Wirkung der Funkenschläge ist um so intensiver, je länger die Funken sind, da sie dann um so tiefer in die Gewebe einschlagen. »Das Krebsgewebe wird durch die Funkenschläge in seiner Architektur erschüttert, wie wenn ein Erdbeben ein Gebäude durcheinander rüttelt. Die Zellen quellen, es tritt wohl auch Eiweißgerinnung und Dampfentwicklung ein, welche die Zellen durcheinander wirft. Außerdem werden die Zellen — siehe Abbildungen in der Arbeit C.'s —

vakuolisiert, die Zwischenräume zwischen ihnen und Bindegewebsgerüst füllen sich mit Blut. Die Tiefenwirkung reicht nicht weit über 1 cm. Wenn man mehr zerstören will, muß man die fulgurierte Oberfläche abschieben und dann von neuem die Fulguration anwenden.« Diese scheint die Krebszellen elektiv zu zerstören und das Bindegewebsgerüst zu schonen, es zu einer kräftigen Reaktion und Benarbung anzuregen, da Keating-Hart selbst bei den schmerzhaften, schwer heilbaren Röntgengeschwüren Beseitigung der Schmerzen und rasche Heilung beobachtete. Dem der Fulguration folgenden Lymphstrom, der zertrümmerte Krebszellen aus der Wunde herausschwemmt und Phagocyten herbeiführt, schreibt Keating-Hart einen wesentlichen Anteil an der Krebsheilung zu. Die von diesem angeblich beobachtete Fernwirkung auf Metastasen und Drüsen hat C. bisher zu sehen nicht Gelegenheit gehabt und zieht sie auch in Zweifel. Bei tiefliegenden Karzinomen hat Verf. die Fulguration mit Nadeln versucht, verspricht sich davon indes keinen großen Erfolg. — Keating-Hart verwendet die Methode besonders dann, wenn die Krebse mit dem Messer nicht mehr operiert werden können oder nach der blutigen Operation schon rezidiviert sind. Die Schmerzempfindungen werden zweifellos vermindert, auch die Blutung der Krebsgeschwüre durch die Fulguration gut beherrscht. Ob, wie Keating-Hart behauptet, wirklich glänzende, auf vollständiger Zerstörung des Krebsgewebes beruhende Heilerfolge erzielt werden, vermag C. noch nicht zu sagen, da seine eigenen Beobachtungen noch von zu kurzer Dauer sind. Drei leichte, auch durch die blutige Operation heilbar gewesene Fälle wurden durch die Fulguration allerdings schonender geheilt, zwei Mastdarmkarzinome günstig beeinflußt, in anderen Fällen Reinigung der Geschwüre, Beseitigung der Schmerzen und Blutungen gesehen. Für die Narkose, deren lange Dauer und Tiefe ein Übelstand ist, empfiehlt C. eine gemischte Skopolamin-Morphium-Chloroformnarkose.

Die Methode verdient nach Verf. ein sorgfältiges Studium und weiterer Verbesserung; sie kann vielleicht einen Fortschritt in der Krebstherapie bedeuten. **Kramer** (Glogau).

---

5) **N. Quaranta.** Intorno all' azione delle correnti ad alta frequenza e ad alta tensione sull' organismo.

(Nuova rivista clin.-terap. 1907. Nr. 12.)

Bei der Bedeutung, die neuerdings die hochgespannten und hochfrequenten Teslaströme für die Therapie (Blitzbehandlung der Krebse) gewonnen haben, erscheinen die in Kürze angeführten Experimente Q.'s nicht ohne Interesse. Der Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Teslaströme wirken vorzugsweise auf die Oberfläche, während die Tiefenwirkung nur eine geringe ist. Die Wirkung hängt von der Stärke und Länge der Funken und damit von Art und Entfernung der Elektroden von der Haut ab. Tiefenwirkung läßt sich vorzugsweise durch direkten Kontakt oder durch Autokonduktion (Solenoide)

erzielen. Der Organismus ist gegen die Ströme selbst nicht völlig unempfindlich; so bedingt z. B. die Anwendung metallischer Elektroden, insbesondere des Pinsels, Schmerzen, die direkt von der Funkenstärke und -Länge abhängig sind. Nur bei länger dauernder Verwendung kommt es zu organischen Veränderungen, die sich meist auf ganz oberflächliche Störungen (Dermatitis) beschränken. Bei sehr langer Verwendung kommt es zu langsam heilenden Geschwüren. In der Tiefe werden organische Veränderungen nicht beobachtet.

Die Teslaströme beeinflußen mehr das Nerven- als das Muskelsystem; vorzugsweise werden die nervösen Endorgane betroffen, in denen in erster Linie die Schmerz-, später die Tastempfindung herabgesetzt wird, während die sonstigen Empfindungsqualitäten weniger beeinflußt werden. Entsprechend den Veränderungen der Oberfläche (Rötung, Schwellung) kann es zu Analgesie und Anästhesie kommen. Muskelenergie, -Tonus und elektrische Erregbarkeit lassen keinen Einfluß der Teslaströme erkennen. **Strauss** (Nürnberg).

---

6) **Mally.** État actuel de la photothérapie.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 8.)

M. beschäftigt sich in dieser Arbeit ausschließlich mit der Finsenbehandlung des Lupus. Ohne Vorbehalt erkennt er ihre großen Vorzüge vor den alten Methoden an. Sie bringt höchstens eine ganz vorübergehende und unbedeutende Reizung am Krankheitsherde mit sich, ist völlig schmerzlos, gibt die besten Narben, den größten Prozentsatz an Heilungen und kann bei jedem Lupusfall angewandt werden. Verf. vermag sich aber nicht der Ansicht Finsen's anzuschließen, daß das Licht durch Abtötung der Tuberkelbazillen im lupösen Gewebe den Lupus heile, sondern glaubt, daß es das beste Reizmittel ist, um das natürliche Heilbestreben zu unterstützen. Seine Überlegenheit vor den alten Methoden der Skarifikation, Brennung, Ätzung und Elektrolyse beruht lediglich in dem viel zweckmäßigeren Reiz, den das Licht setzt. Als Gründe gegen die Vernichtung der Tuberkelbazillen durch das Licht führt M. an: Nur ganz oberflächlich auf der Haut gelegene Bakterien kann ein sehr intensives Licht abtöten, gewöhnlich bleiben aber auch diese, wie Kontrollversuche ergaben, lebensfähig und virulent. Es gibt überhaupt kein Mittel, die Haut aseptisch zu machen, auch die Licht- und Röntgenstrahlen erreichen das nicht. Die verschiedenen Verfahren, welche mit tiefer in die Haut eindringenden Strahlen arbeiten (Bang's Eisenlicht, Sensibilisierung der Haut mit Eosin, ausschließlich violette Strahlen), sind trotzdem der Methode Finsen's unterlegen. Endlich spricht die lange Dauer der Heilung und das weit hartnäckigere Verhalten der bazillenarmen, torpiden Formen des Lupus gegenüber den Lichtstrahlen gegen eine irgendwie erhebliche bakterizide Wirkung derselben. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

7) **J. Pollack.** v. Hacker's Modifikation der Heidenhainschen prophylaktischen und zugleich definitiven Blutstillung bei Operationen am Kopfe, insbesondere bei Trepanationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 776.)

v. Hacker modifizierte im Jahre 1904 das von Heidenhain angegebene Verfahren der prophylaktischen Blutstillung bei Schädeloperationen dahin, daß er nur jenseits der beabsichtigten Schnittlinie eine kontinuierliche Reihe von Knopfnähten durch die Kopfschwarte legte, von denen jede noch im Bereiche der vorausgegangenen beginnt und die an der Lappenbasis etwas über das Schnittende hinausreichen. Eine zweite, innere Nahtlinie erwies sich als überflüssig. Die Nähte bleiben 2 Tage liegen.

Wie nun Verf. an elf Trepanationen und vier anderen Operationen am Schädeldach und im Gesicht nachweist, ist die sehr einfache, nicht zeitraubende Methode imstande, eine sichere Blutleere während der Operation und eine definitive Blutstillung ohne die Gefahr einer Nachblutung herbeizuführen.

Man kann die Umschneidung des Lappens ohne Rücksicht auf den Gefäßverlauf ausführen, ja es ist sogar zweckmäßig, den Lappen so zu wählen, daß keine größeren Gefäße in denselben fallen. Trotzdem kommt es nie zu Lappen- oder Randgangrän, vielmehr heilen die genähten Wunden anstandslos. Das Verfahren, das zumal bei Venektasien der Kopfschwarte vorzügliche Dienste leistet und sich auch bei Angiomoperationen im Gesicht usw. anwenden läßt, hat vor der Anlegung eines Schlauches um den Schädel den Vorzug, daß es überall anwendbar und nicht komplizierter ist. **Reich** (Tübingen).

---

8) **Antelo.** Tiros perforantes craneoencefalicos por bala Mauser.

(Revista de la soc. méd. Argentina Bd. XV. Nr. 86.)

Sehr ausführliche, mit 19 Photographien und drei Tafeln ausgestattete experimentelle Arbeit über Schädelschüsse mit dem argentinischen Modell des Mausergewehres. Die Einzelheiten der sehr interessanten Mitteilungen lassen sich im gedrängten Referat nicht wiedergeben. **Stein** (Wiesbaden).

---

9) **Schanz.** Eine typische Erkrankung der Wirbelsäule (Insufficientia vertebrae).

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 31.)

Bei den Kranken, die meist in der Annahme, an einer Magen-Darmkrankheit zu leiden, zum Arzt kamen, ließen sich eine oder mehrere schmerzhafte Stellen an der Wirbelsäule nachweisen. Die Pat. gehören meist dem mittleren Lebensalter an (20—45 Jahre), doch kamen auch jüngere und ältere Pat. zur Beobachtung. Über Rückenschmerzen wird gewöhnlich von den Pat. gar nicht geklagt. Die

subjektiven Beschwerden sind unscharf und wechselnd. Der Klopfschmerz findet sich besonders häufig an zwei Stellen: in der Mitte der Brust- und am unteren Teil der Lendenwirbelsäule. Sehr häufig ist auch eine Druckschmerzhaftigkeit der Lendenwirbelkörper von der Bauchhöhle her festzustellen.

Recht häufig findet man auch Druck- und Klopfempfindlichkeit am Rippenkorb und am Becken. Diese Stellen entsprechen dann immer den an der Wirbelsäule als schmerzhaft nachgewiesenen Partien, d. h. sie fallen ungefähr mit den Verbreitungsgebieten derjenigen sensiblen Nerven zusammen, welche in den empfindlichen Gegenden der Wirbelsäule aus dieser heraustreten.

Sehr oft ist eine Erhöhung der Patellarreflexe vorhanden, hin und wieder findet man aber auch herabgesetzte Patellarreflexe. Dabei lassen sich keinerlei Veränderungen an dem Skelettsystem nachweisen, die eine Erklärung des Befundes geben könnten, außer ganz leichten Skoliosen und Kyphosen. Das Allgemeinbefinden ist in den meisten Fällen erheblich gestört. Der eigentliche Krankheitsbefund in den an Traumen sich anschließenden Fällen weicht in keinerlei Weise von denen ab, die ohne Trauma entstanden sind. Der Röntgenbefund ist und bleibt negativ. Der Charakter des Leidens ist ausgesprochen chronisch und hat seine Ursache in einem pathologischen Zustande der Wirbelsäule, der leider nicht erkannt oder mindestens nicht beschrieben worden ist. Das, was am Fuß die Plattfußbeschwerden sind, das sind an der Wirbelsäule die Krankheitszustände, die oben beschrieben sind. Dieser Parallelismus findet sich auch in den wirksamen Mitteln der Therapie: Entlastung, Stützapparate, kräftigende Einwirkungen, wie Massage und dergleichen erweisen sich hier wie da von Vorteil. An der Wirbelsäule wie am Fuß werden Schädigungen hervorgerufen, wenn die statische Inanspruchnahme über die statische Leistungsfähigkeit ansteigt. Man muß daher die Belastung vermindern oder die Tragfähigkeit der Wirbelsäule erhöhen oder beides veranlassen. Bei leichteren Fällen erreicht man mit Rückenmassage rasche Heilung; bei hochgradigen Reizerscheinungen müssen diese zunächst durch Ruhe und Stützkorsett beseitigt werden, erst dann kann man zu Massage und Gymnastik übergehen. Eine wesentliche Förderung erreicht man in einem bedeutenden Prozentsatz der Fälle durch lokale Wärmeapplikation (Thermophor). Kräftigung des Allgemeinzustandes ist unbedingt notwendig.

Bei richtiger Diagnose und bei richtiger Ausführung der Kur ist jeder Pat. zur Heilung zu bringen. Das Zurückgehen der objektiven Symptome bleibt aber hinter dem der subjektiven wesentlich noch lange zurück. Ein weiterer Ausbau der Therapie ist deshalb notwendig. Zum Schluß beschreibt S. einen einfachen und billigen Stützapparat für die Wirbelsäule, der abgebildet ist. Die Erfolge sollen recht günstige gewesen sein. **Langemak** (Erfurt).

---

10) **de Fourmestraux.** La ligature de la carotide primitive.

(Arch. génér. de chirurgie Bd. I. Hft. 6.)

Verf. bringt in einer übersichtlichen Darstellung eine eingehende Schilderung der Pathogenese der Störungen, die nach der Unterbindung der Carotis communis beobachtet werden. Die Prognose der Unterbindung ist an und für sich nicht absolut ungünstig; sie hängt von den Umständen ab, durch welche sie bedingt wird. In der aseptischen Ära hat sich in allen Fällen die Mortalität erheblich gemindert (21% gegenüber 45% der Statistik Le Fort's 1879). Die Störungen nach der Ligatur erscheinen entweder unmittelbar oder erst nach einem mehr oder minder langen Intervall. Die ersterwähnten (Koma, plötzlicher Tod, Erblindung) sind in ihrer Ursache noch dunkel. Vielleicht kommt vorübergehende oder dauernde Verminderung des Blutdruckes infolge einer bestehenden Anomalie der übrigen Gehirnarterien in Frage. Für die Spätfolgen muß als wichtigstes Moment eine aszendierende Thrombose mit nachfolgender Erweichung des Gehirns betrachtet werden. Die Thrombose wiederum ist durch eine, wenn auch ganz leichte, Infektion an der Unterbindungsstelle bedingt.

Strauss (Nürnberg).

---

11) **Heineck.** The surgical treatment of exophthalmic goitre.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Verf. weist zunächst darauf hin, daß zurzeit weder die Symptomatologie noch die Ätiologie der Basedow'schen Krankheit feststeht. Er zitiert die verschiedenen bisher aufgestellten Hypothesen, welche die Pathogenese der Erkrankung erklären sollen. H. tritt für die Theorie der primären Schilddrüsenerkrankung ein, da diese mit den klinisch beobachteten Tatsachen am wenigsten in Widerspruch steht. Auf Grund von 519 aus der Literatur gesammelten und in Tabellenform wiedergegebenen Fällen glaubt er sich zu nachstehenden Schlußfolgerungen berechtigt.

Schilddrüsenpräparate sollen niemals bei der Basedow'schen Krankheit gegeben werden, da sie Verschlechterung bedingen und die Operationsgefahren vermehren. Das Gleiche gilt für Thymus- und Parathyreoiddrüsenpräparate. Alle internen Behandlungsmethoden haben sich bisher als nutzlos erwiesen, einzelnen Mitteln kommt lediglich eine symptomatische, palliative Wirkung zu. Die Serumtherapie steht zurzeit noch im Versuchsstadium, mehrere Autoren berichten über Mißerfolge. Dagegen muß es als erwiesen betrachtet werden, daß alle operativen Maßnahmen, die eine Verringerung der Schilddrüsensekretion oder eine Verkleinerung des Schilddrüsengewebes bedingen, für die Behandlung der Basedow'schen Erkrankung von entschiedenem Werte sind. Als operativer Eingriff kommt vor allem die partielle Schilddrüsenexstirpation in Frage, die bisher in 182 Fällen mit 11 Todesfällen ausgeführt wurde. In allen anderen Fällen kam es zur Besserung oder Heilung.

Betreffs der Operation selbst hebt der Autor hervor, daß alle Anästhesierungsmethoden ihre Vor- und Nachteile haben, so daß jede einzelne ihre Anhänger und Gegner hat. Weitere unvermeidliche Gefahren bringt der akute Thyreoidismus, den Verf. durch Vergiftung durch das während der Operation in übergroßer Menge produzierte und resorbierte Schilddrüsensekret erklärt. Die beste Prognose geben frühzeitig operierte Fälle. Vor dem operativen Eingriff ist genaue Untersuchung des Pat. nötig. Nach der Operation, für die Trendelenburg'sche Hochlagerung am zweckmäßigsten und bei der exakte Blutstillung und Schonung des Recurrens erforderlich ist, soll die Wunde drainiert werden, um das Wund- und Drüsensekret abzuleiten. Wenn Heilung eintritt, verschwindet zuerst die Tachykardie, dann der Tremor und die übrigen nervösen und psychischen Symptome. Bei Rezidiven findet sich stets eine Hypertrophie der übrig gebliebenen Drüsenteile.

Zum Schluß werden die Indikationen für die Operation aufgestellt. Alle Fälle von sekundärem Basedowkropf verlangen die partielle Schilddrüsenexstirpation. Bei primärem Basedowkropf ist diese Operation angezeigt, wenn 3monatige sachgemäße interne Behandlung ohne nachweisbaren Erfolg blieb, wenn Luft- oder Speiseröhre komprimiert werden, bei starker Tachykardie, bei extremem Exophthalmus, der den Lidschluß nicht mehr zuläßt, bei stärkerem Kräfteverfall und endlich bei allen ganz akut verlaufenden Fällen.

Strauss (Nürnberg).

---

12) Umfrage über die Behandlung des Morbus Basedow.

(Med. Klinik 1908. p. 15 u. 56.)

Während Bier und Kocher bestimmt fordern, daß schon die Frühstadien der Basedow'schen Krankheit dem Chirurgen zugeführt werden, damit er die an sich aussichtsreiche Operation bei einem noch günstigen körperlichen Zustande des Kranken ausführen könne, stehen Erb, v. Strümpell und Eulenburg dem chirurgischen Eingriff zurückhaltender gegenüber. Sie erkennen zwar manche operative Ergebnisse an, sahen aber auch Mißerfolge und wollen daher meist erst eine Besserung mit innerlicher, physikalisch-diätetischer, serologischer Behandlung usw. anzubahnen versuchen. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

13) T. Kocher. Zur klinischen Beurteilung der bösartigen Geschwülste der Schilddrüse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 197.)

Bei dem großen Andrange von Kropfkranken in seine Klinik, die jetzt in der 2. Hälfte des 4. Tausends von Kropfoperationen angelangt ist, hat K. auch speziell auf dem Gebiete der Struma maligna eine selten weitreichende Erfahrung, die sich auf fast 400 Fälle erstrecken mag. Hinsichts der pathologisch-histologischen Durcharbeitung des erledigten einschlägigen Materials ist K.'s Mitarbeiter

Langhans, auf dessen Untersuchungen K. sich in vorliegender, zunächst nur die epithelialen Formen der bösartigen Schilddrüsenneubildungen behandelnden Arbeit wesentlich mit stützt. Die Histologie der fraglichen Geschwülste ist eine so mannigfache und zum Teil ganz eigenartige, daß sich die Aufstellung einer ganzen zahlreichen Reihe von Spezialspielarten derselben notwendig machte. K. spricht diese verschiedenen Geschwulstformen der Reihe nach einzeln durch unter Vorlage seiner (im ganzen 46) Krankengeschichten nebst genauer Beschreibung der jedesmaligen mikroskopischen Geschwulstuntersuchungsbefunde und Hervorhebung der klinisch-symptomatischen Charakteristika der einzelnen Geschwulsttypen, deren Nomenklatur mit derjenigen anderer Autoren verglichen wird. Zum Schluß folgen dann noch zusammenfassende Hinweise auf die Diagnostik der Struma maligna im allgemeinen, die den Praktikern noch lange nicht hinlänglich genug geläufig ist, die aber, und zwar schon für die Frühstadien der Erkrankung, zum ärztlichen Gemeingute zu machen, dringend im Interesse der nur durch Frühoperationen heilbaren Kranken notwendig ist.

Ein der Bedeutung der Originalarbeit gerecht werdendes Referat hier zu liefern, ist wegen der Länge, das es beanspruchen würde, untunlich. Wir geben aber wenigstens die Namen der von K. nach seinen und Langhans' Untersuchungen aufgestellten Geschwulsttypen wieder: A. Die wuchernde Struma — Langhans. (Struma maligna proliferans — Adenocarcinoma thyreoideum). B. und C. Das Papillom (Langhans), Cystopapillom und der Zylinderzellenkrebs der Schilddrüse. (Papilloma malignum cylindrocellulare. Carcinoma cylindrocellulare). D. Die Struma carcinomatosa. E. Metastasierende Kolloidstruma (Struma colloides maligna). F. Glykogenhaltige Struma (Th. Kocher jun.). Parastruma (Langhans). (Parastruma carcinomatosa. Carcinoma [et sarcoma] parathyreoideum — von den Epithelkörperchen ausgehend). G. Postbranchiale Struma (Getzowa). Großzellige, kleinalveoläre Struma (Langhans). Struma carcinomatosa postbranchialis. Nach Getzowa ausgehend von dem postbranchialen Körper (der sog. lateralen Schilddrüsenanlage). H. Plattenepithelkrebs, Cancroid der Schilddrüse. I. Scirrhus der Schilddrüse. K. Cystocarcinoma.

Bezüglich Diagnose der Struma maligna ist von K.'s Ausführungen hervorzuheben das von einem bestimmten Zeitpunkt an einsetzende vermehrte Wachstum eines bestehenden, bis dahin als gewöhnliche Kolloidstruma erscheinenden Kropfes. Die Operationspräparate zeigen, daß dieses Wachstum von einem bestimmten Geschwulstteil auszugehen pflegt, um sich von dort aus weiter zu verbreiten, speziell auch in Gefäßlichtungen, namentlich in Venen hinein, und um auch die Kropfkapsel zu durchbrechen. Hierzu gesellt sich eine Zunahme der Geschwulstspannung oder Konsistenz, beruhend auf Spannung der Kropfkapsel, sowie häufig ein Höckrigwerden des Kropfes. Es folgen verminderte Beweglichkeit und Verwachsungen, zumal mit Luft- und

Speiseröhre, die besonders für die Kocher'sche Parastruma und die Getzowa'sche postbranchiale Struma charakteristisch sind. Als Verwachsungssymptome sind auch Neuralgien im Gebiete von Cervicalnerven, ferner Schluckbeschwerden und Lähmungserscheinungen an dem Kropfe vorbeiziehender Nerven (Recurrens, Sympathicus, Armnerven) zu deuten, während durch Druck gewaltige Venenausdehnungen herbeigeführt werden. Auch das Ausbleiben der Wirkung von Jodmitteln gibt guten praktischen Anhalt für die Diagnose, zumal wenn statt früher erzielter guter Wirkung Jodvergiftungserscheinungen oder ein Basedow-ähnliches Bild hervorgerufen werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

14) **Beck.** The Roentgen method in the surgery of the chest.
(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Verf. berichtet übersichtlich über den Wert der Röntgenstrahlen für die Chirurgie der Brusthöhle, für die durch die Verwertung der Strahlen eine neue Ära begonnen hat. Die wesentliche Bedeutung der Röntgenstrahlen liegt in der Tatsache, daß mit ihrer Hilfe Krankheitsherde der Lungen nachgewiesen werden können, die bei der Verwendung von Auskultation und Perkussion dem Untersucher entgingen oder nicht genau lokalisiert werden konnten. Es wird jedoch hervorgehoben, daß eine Beurteilung des Röntgenbildes nicht ohne die Beherrschung der physikalischen Untersuchungsmethoden möglich ist. Bei der Röntgenuntersuchung ist auf das Röntgenogramm und noch mehr auf die Untersuchungen vor dem Schirm Wert zu legen.

Eine kurze Übersicht der wesentlichen Symptome von Fremdkörpern der Lunge, Lungenabszeß, Lungengangrän und eine Schilderung der operativen Technik ergänzen die Arbeit. **Strauss** (Nürnberg).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Ein Beitrag zur Luxatio sub talo (Broca).

Von

Dr. Franz Fink,

Primarius des allgemeinen Krankenhauses in Karlsbad.

Luxationen des Fußes im Talotarsalgelenk nach innen sind, wie eine Durchsicht in der Literatur zeigt, selten. Deshalb, insbesondere aber wegen der Veranschaulichung im Röntgenbilde, bringe ich eine solche frische Luxation ohne Komplikation mit Frakturen anderer Knochen zur Kenntnis.

Der Verletzungsmechanismus war folgender: Die kräftige, korpulente Frau war eine Leiter emporgestiegen und mit ihr derart gefallen, daß sie in aufrechter Körperhaltung zuerst mit den Füßen auftraf. Dabei sah der Fuß mit der Planta pedis nach innen, nur der Außenrand berührte den Boden. In dieser Stellung verlief die Achse des Unterschenkels, vom Schwergewicht des Körpers belastet, nach außen von der Achse des ad maximum supinierten Fußes. Der zwischen den Malleolen festgehaltene Taluskörper kam in die Schwergewichtslinie, der Cal-

caneus mit seinem längeren Hebel hinter dieselbe zu liegen und wurde durch das Körpergewicht nach dem Boden zu getrieben. Die Bänder zwischen Os naviculare und cuboideum einerseits, Talus und Calcaneus andererseits zerrissen. Der Fuß wurde im Talotarsalgelenk aus seiner Verbindung gelöst, mit einer Drehung der Sagittalebene um die Achse des Fußes um 90° nach innen disloziert, während der Taluskopf und Calcaneus frei nach dem Boden zu strebte.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Als ich die Kranke sah, stand der um 1/2 cm längere rechte Fuß, ad maximum supiniert, rechtwinklig zum Unterschenkel. Der Innenrand sah direkt nach oben, der Außenrand nach unten. Entsprechend dem Malleolus internus zog eine tiefe Hautfalte, entsprechend dem externus war die Haut ad maximum gespannt, leicht hämorrhagisch sugilliert. Neben dem Malleolus externus ist der Taluskopf und seine Gelenkfläche zu tasten, die Fläche des Calcaneus mit dicken Weichteilen bedeckt, der Malleolus internus liegt in der Hautfalte unterhalb und nach innen von der vorspringenden Tuberositas ossis navicularis, dessen proximale Gelenkfläche zu tasten ist. Aktiv war jede Funktion aufgehoben, passiv Plantar- und Dorsalflexion in geringem Grade möglich.

Beifolgende Photographie gibt Form und Stellung des luxierten Fußes zum Unterschenkel, die Röntgenbilder illustrieren die Dislokation der Knochen.

Die Reposition in Narkose war sehr leicht, es genügte eine einfache Extension.

II.

Beitrag zur Behandlung veralteter Pronationsluxationen des Fußes.

Von

Dr. H. Hoffmann in Schweidnitz.

Die Schwere des vorliegenden Falles sowie die Art der Behandlung, durch welche schließlich ein gutes funktionelles Resultat erzielt wurde, mögen seine Veröffentlichung rechtfertigen.

Frau Kl., 55 Jahre alt, glitt Anfang Februar 1906 auf glattem, abschüssigem Trottoir mit dem rechten Fuß nach vorn aus. Bevor sie das gestreckte linke Bein, dessen Ferse bereits vom Boden abgehoben war, nachziehen konnte, fiel sie hin und setzte sich dabei mit ihrem Körpergewichte von etwa 100 kg auf die Ferse des linken, um seine Längsachse nach außen gedrehten Fußes. Sie konnte sofort den Fuß nicht mehr gebrauchen, da er so stark nach außen gedreht war, daß der äußere Fußrand fast nach oben sah, und da sie starke Schmerzen im Fußgelenke hatte. Später bemerkte sie noch, etwa dem inneren Knöchel entsprechend, eine Wunde. Sie begab sich zunächst in die Behandlung eines Schäfers; da sie jedoch hier die erhoffte Heilung nicht fand, wandte sie sich, etwa 6 Wochen nach dem Unfall, an Herrn Dr. Bröckerhoff-Freiburg. Dieser zog mich bald hinzu und übergab mir die Frau zur weiteren Behandlung. Ich sah die Pat. zum erstenmal am 24. März 1906 in ihrer Wohnung. Sie lag zu Bett; der Fuß stand so stark nach außen gedreht, daß sie zum Auftreten hätte den lateral von der Belastungslinie des Beines liegenden inneren Fußrand benutzen müssen. Der Fuß war um wenigstens 60° nach außen um seine Längsachse gedreht. Dementsprechend konnte man durch die gespannte und etwas geschwollene Haut immerhin soviel durchfühlen, daß der Raum unterhalb der Gelenkfläche der Tibia leer, letztere also vom Talus verlassen war. Über der medialen Seite des inneren Knöchels befand sich eine gut granulierende Wundfläche, von deren unterem Rande man mit der Sonde um den Malleolus int. herum in das leere Talocruralgelenk gelangte. Es bestand weder eine lokale Entzündung noch Fieber; das Allgemeinbefinden war gut.

Aus äußeren Gründen wurde die Pat. erst am 9. April 1906 in meiner Klinik aufgenommen und zuvor im hiesigen Krankenhaus Bethanien von Herrn Dr. W. Hoffmann eine Röntgenaufnahme (Fig. 1) gemacht. Dieselbe bestätigte den vorher aufgenommenen Befund; außerdem aber zeigte sie unter der Tibiagelenkfläche einen Schatten, etwa von der Größe einer Kirsche (*a* auf Fig. 1), der als ein Teil des abgerissenen Malleolus int. gedeutet wurde, was auch der Operationsbefund bestätigte.

Am 11. April 1906 wurde die Frau in ruhiger Narkose operiert. Von der granulierenden Knochenwunde aus wurde eine etwa 4 cm lange Inzision nach abwärts gemacht und zunächst der im Gelenk liegende Teil des Malleolus int. entfernt. Darauf gelang es, allerdings mit ziemlicher Anstrengung, den Fuß soweit zu reponieren, daß er im Verhältnis zum Unterschenkel annähernd in Mittelstellung stand. Da die Gelenkgabel von Tibia und Fibula ziemlich stark klaffte, sich aber zusammendrücken ließ, wurde ein starker Draht durch die Malleolen beider Knochen von der medialen zur lateralen Seite hindurchgeführt, und nun durch je eine gut gepolsterte Bleiplatte an jedem Knöchel die Gelenkgabel zusammengehalten. Ebenso wurden durch einige bis auf den Knochen gehende, und annähernd von unten nach oben verlaufende Drahtnähte die Weichteile auf der medialen Seite einander genähert. Die noch offene Wunde wurde mit etwas Jodoformgaze bedeckt, darüber ein kleiner aseptischer Verband gelegt, und über diesen ein von den Zehen bis unterhalb des Knies reichender Gipsverband mit je einem,

den beiden Malleolen entsprechenden Fenster. Am 2. Tage nach der Operation abends hatte die Frau die höchste Temperatur von 37,7°, die vom 3. Tage ab unter 37,0° blieb. Am 3. Tage stand sie auf und wurde am 4. Tage zur weiteren Beobachtung durch ihren Arzt nach Hause entlassen.

Am 10. Mai Verbandwechsel und Entfernung der Nähte. Die granulierende Knochenwunde hatte sich verkleinert. Es wurde ein neuer, innen gefensterter Gipsverband angelegt.

Am 25. Mai wurde sie wieder bei mir aufgenommen zur mediko-mechanischen Behandlung und hatte deshalb einen abnehmbaren Gipsverband erhalten. Wenn die Frau jetzt auch mit der Sohle auftreten konnte, so stand der Fuß doch deutlich in Valgusstellung. Ich hatte deshalb vor, sie nach einiger Zeit mediko-mechanischer Behandlung mit einer Lederhülse zu entlassen, um eine weitere schlechte Fußstellung möglichst zu verhindern.

Fig. 1.



Fig. 2.



In dieser Zeit sah sie Herr Dr. Drehmann aus Breslau gelegentlich eines Besuches bei mir. Derselbe riet mir, durch eine Osteotomie von Tibia und Fibula, oberhalb der Malleolen, den Fuß dauernd in eine gute Stellung zu bringen, und damit jede weitere Nachbehandlung, wie das Tragen einer Lederhülse, entbehrlich zu machen. Die Kranke war sofort mit der vorgeschlagenen Operation einverstanden, die ich denn auch bald am 29. Mai 1906 vornahm. Es wurde eine lineäre Osteotomie von Tibia und Fibula oberhalb der Malleolen gemacht, die beiden kleinen Hautwunden durch je zwei Aluminiumbronzenähte geschlossen. Dann wurde von der medialen Außenfläche des Malleolus tibiae soviel mit dem Meißel weggestemmt, daß die angefrischten Ränder des noch bestehenden Geschwüres durch eine fortlaufende Hautnaht vollständig aneinander gebracht werden konnten. Kleiner, aseptischer Verband, darüber ein zirkulärer Gipsverband von den Zehen bis unterhalb des Knies, der den nach der Osteotomie in ausgesprochene Varusstellung gebrachten Fuß in dieser fixiert. Temperatur stets unter 37,0°. Am 3. Tage nach der Operation steht Pat. auf und wird am 5. Tage, am 2. Juni, entlassen.

Am 9. Juni Verbandwechsel und Entfernung der Nähte; alle drei Wunden sind per primam int. geheilt, der Fuß steht gut in Varusstellung und wird so von neuem wieder eingegipst. Am 14. Juli bekommt sie einen abnehmbaren Gipsverband, damit sie zu Hause massiert werden und baden kann. Vom 8. August

ab bleibt auch der abnehmbare Gipsverband ganz weg; der Sicherheit halber bekommt Pat. noch eine Plattfußeinlage in den linken Schuh und einen an der Innenseite um 1 cm erhöhten Absatz.

Ende August 1906 fuhr sie nach Breslau zu Herrn Dr. Drehmann, der sie noch einmal sehen wollte und das Röntgenbild (Fig. 2) anfertigte. Dasselbe zeigt, daß die am 11. April 1906 vorgenommene Reposition gewissermaßen nur halb gelungen war, da der Talus nur unter der lateralen Hälfte der Tibiagelenkfläche steht, daß aber jetzt nach der Osteotomie, die es erst möglich machte, den Fuß mit dem unteren Tibiafragment in Varusstellung zu bringen, der Talus nun doch ungefähr in seiner Mitte, also in ziemlich normaler Weise belastet wird. Die Funktion des Fußes ist auch heute noch eine gute. Ich selbst sah Pat. zum letzten Mal im Mai 1907, wo es ihr gut ging, und erhielt am 26. Januar 1908 von Herrn Dr. Bröckerhoff aus Freiburg auf meine Anfrage hin folgenden Bericht: »Die Funktion des Fußes ist jetzt eine recht gute. Er ist gegen rechts ganz gering dicker, doch wird die Beweglichkeit dadurch nicht beeinträchtigt. Beuge-, Streck- und Drehbewegungen sind ziemlich normal, dagegen ist Pronation und Supination stark beschränkt; das hindert aber die Frau so gut wie gar nicht bei Verrichtung ihrer häuslichen Arbeiten. Beim Gehen tritt sie wohl fest auf, schont aber den linken Fuß doch noch ein wenig, aber dies wohl mehr aus Gewohnheit, da sie keine Schmerzen in ihm hat, und er auch völlig genügend kräftig ist. Die Ausdauer im Laufen ist eine durchaus zufriedenstellende: so machte sie in diesem Sommer mehrmals einen Spaziergang, für den ich bei flottem Gehen $^1/_2$ Stunde Zeit brauche, und bei dem man auch ein ganzes Stück steigen und dann ziemlich steil bergabwärts gehen muß. Ihre häuslichen Besorgungen in der Stadt macht sie immer selbst.«

Man darf den Fall wohl zu den schweren rechnen, weil 1) der Talus vollständig von der Gelenkfläche der Tibia abgeglitten war und 2) die Pat. eigentlich erst 2 Monate nach dem Unfall in Behandlung kam. Die Reposition gelang deshalb auch entsprechend schwer und trotz größter Anstrengung kaum bis zur Mittelstellung des Fußes.

In der Literatur wird die Prognose dieser nach Trendel[1] ernsten Verletzung im allgemeinen als günstig und die Reposition als leicht hingestellt, selbst bei nicht mehr ganz frischen Fällen, wie es z. B. Wendel[2] von einer 22 Tage bestehenden einfachen Luxation erwähnt. Öfter war Erweiterung der Wunde, wie sie gerade bei den seitlichen Bruchverrenkungen und besonders den Pronationsluxationen häufig sind, notwendig. Auch in unserem Falle wäre, selbst wenn er ganz frisch in ärztliche Behandlung gekommen wäre, eine Reposition nicht ohne Erweiterung der Wunde und Entfernung des abgerissenen und im Gelenke liegenden Stückes vom Malleolus tibiae möglich gewesen.

Bei den schweren Fällen ist allgemein die Resektion der der Reposition im Wege stehenden Gelenkflächen von der Tibia oder Tibia und Fibula ausgeführt worden, mit fast immer gutem Wundverlauf und zum größeren Teile gutem funktionellen Endresultat.

In meinem Falle mußte wohl noch etwas geschehen, um den Fuß gebrauchsfähig zu erhalten: Für eine Gelenkresektion lag meines Erachtens keine Indikation vor, da mir der Fuß dazu noch nicht schlecht genug stand. Ich glaubte durch mediko-mechanische Behandlung und einen Hülsenapparat ein befriedigendes Endresultat zu erhalten. Daß aber die von Herrn Dr. Drehmann vorgeschlagene Osteotomie besser und sicherer zu diesem Ziele führte, hat der Verlauf des Falles gezeigt. Soweit ich die Literatur durchgesehen habe, konnte ich nicht finden, daß bei den Bruchverrenkungen des Fußes die Osteotomie wegen mangelhaft gelungener Reposition ausgeführt worden ist. Wenn es in bezug auf veraltete Luxa-

---

[1] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. p. 360.

[2] Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. Die traumatischen Luxationen des Fußes im Talocruralgelenk.

tionen heißt[3]: »Gelingt die Reposition nicht mehr, ... dann kommt die blutige Reposition, event. mit Durchmeißelung der schief geheilten Frakturen oder die Resektion des Gelenkes in Frage«, so wird meines Erachtens auch hier mehr der Resektion das Wort geredet und die Osteotomie für solche Fälle vorgeschlagen, wo die mit der Luxation kombinierte und schlecht geheilte Fraktur der Reposition hinderlich war. In unserem Falle handelte es sich um eine fast reine Luxation, — wenigstens war diese Art der Verletzung die wichtigere, während das abgerissene Stückchen vom Malleolus belanglos war — die, nicht mehr ganz reponierbar, die Indikation zu einer Operation gab. Daß für solche Fälle der Osteotomie vor der Resektion der Vorzug zu geben ist, dürfte ohne weiteres einleuchten; ist sie doch die weniger eingreifende und weniger verstümmelnde Operation, durch die, wie der beschriebene Fall zeigt, eine gute Funktion des schwer verletzten Fußes dauernd erzielt werden kann.

Wo aber die Reposition überhaupt nicht möglich ist, da wird wohl auch künftig die Resektion in erster Linie in Frage kommen.

Herrn Dr. Drehmann spreche ich auch an dieser Stelle für seine Unterstützung meinen herzlichsten Dank aus.

---

15) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Außerordentliche Sitzung, den 24. Februar 1908, in der Ohrenklinik der kgl. Charité, auf Einladung von Herrn Passow.

Vorsitzender: Herr Israël.

Herr Israël gedenkt des Hinscheidens des Altmeisters der deutschen Chirurgen Exzellenz v. Esmarch und seiner hervorragenden Verdienste um die Chirurgie und das Sanitätswesen.

Herr Passow: Mißerfolge nach Antrumaufmeißelung mit Krankenvorstellung.

Bei akuten und subakuten Otitiden, welche die Neigung zeigen, chronisch zu werden oder das Gehör zu beeinträchtigen, wird der Zweck der Antrumeröffnung, die Eiterung aus den Hohlräumen des Mittelohres — Pauke und Warzenfortsatz — zu beseitigen, bei richtiger Indikationsstellung und technisch richtiger Ausführung der Operation im allgemeinen glatt erreicht. Zuweilen aber erlebt man bei scheinbar leichten, anfangs normal verlaufenden Fällen Mißerfolge; die Eiterung aus der Paukenhöhle hört nach der Antrumeröffnung nicht auf, sie wird chronisch, das Gehör bleibt schlecht oder geht verloren. Zunächst kommen dafür tiefer gehende Erkrankungen der Paukenschleimhaut und des darunterliegenden Knochens in Betracht, wie man sie am häufigsten bei Tuberkulose, Diabetes und Scharlachotitiden beobachtet. Dabei wird natürlich die einfache Antrumeröffnung nicht den gewünschten Erfolg haben: es kann ihn nur die Radikaloperation oder gar die Labyrinthausräumung haben.

Aber auch im Warzenfortsatz kommt zuweilen die Eiterung nicht zum Stillstand; trotz ausgiebiger Ausräumung beobachtet man ein Weitergreifen des Processes; dann liegt meist Tuberkulose zugrunde, oder es handelt sich um schlecht genährte Individuen. Ferner erfolgt die Heilung nicht, wenn die Operation nicht ausgiebig genug war, wenn kariöser Knochen zurückblieb oder der Eiter nicht aus sämtlichen Zellen entleert wurde. Das letztere ist manchmal aus anatomischen Gründen nicht möglich bei unter die Pauke oder tief in die Felsenbeinpyramide und um das Labyrinth entwickelten Zellen. Oft genug heilt die Eiterung in diesen spontan aus; zuweilen aber bringt sie auch die schwersten tödlichen Komplikationen durch Propagation und Durchbruch des Eiters in die Schädelhöhle, wofür P. einige im Verlaufe weniger Stunden entwickelte und tödlich verlaufene Meningitiden anführt. Man muß also im Verlaufe der ganzen Nachbehandlung auf solche schwere

---

[3] Handbuch der praktischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns und v. Mikulicz. 1901. Bd. IV. p. 495.

Komplikationen gefaßt sein, bei verdächtigen Symptomen sofort eingreifen und nach solchen versteckten Herden suchen, noch besser aber, schon bei der ersten Operation auf Freilegung alles Erkrankten ausgehen. Endlich geht P. ausführlich ein auf die Mißerfolge durch mangelhafte Narbenbildung. Zu erstreben ist eine möglichst flache, kaum sichtbare Narbe. Der geringste Mißerfolg ist es, wenn die Narbe tief eingesunken unschön wird. Unangenehmer ist das Zurückbleiben nicht epidermisierter trichterförmiger Narben und Fisteln, die ständig oder rezidivierend sezernieren, und bei denen die Ausheilung sich auf Monate und Jahre erstrecken kann. Über die Narbenbildung wissen wir, daß Knochenneubildung bei Kindern besser als bei Erwachsenen erfolgt; bei Erwachsenen bildet der Knochen im wesentlichen eine bindegewebige Narbe; Knochenneubildung erfolgt hauptsächlich vom Periost her. Bei mangelhafter Ausfüllung der Knochenhöhle entstehen eben die eingesunkenen Narben, die bei starker Narbenschrumpfung auch manchmal in ihrem Epidermisüberzuge wieder platzen. Bleibt die Spitze des Wundtrichters in Kommunikation mit der Pauke, so überzieht sich bisweilen die Wundhöhle mit Schleimhaut, und von dieser wird eine beständige Sekretion unterhalten; geschieht dies frühzeitig, so wird dadurch wieder die Knochenneubildung beeinträchtigt. In anderen Fällen neigt der Knochen immer wieder zu Granulationsbildung, besonders bei Tuberkulose und anderen konstitutionellen Krankheiten; die Paukeneiterung heilt dabei meist auch nicht. Solchen Mißerfolgen beugt man nach P. am besten dadurch vor, daß man schon bei der Operation auf günstige Narbenbildung bedacht ist. Bei geringerer Ausdehnung der Eiterung nimmt man vom Knochen nur so viel fort als notwendig ist, aber immer muß der Forderung, allen Eiter zu entleeren, in erster Linie Genüge getan werden. Die Berücksichtigung aller klinischen Symptome kommt sehr wesentlich dabei in Betracht, wie weit man die Operation auszudehnen hat; bei dem geringsten Verdacht auf eine Labyrinth- oder Schneckenerkrankung, auf das Bestehen eines extraduralen Abszesses usw. ist die Operation ohne Rücksicht auf die Narbenbildung so ausgiebig zu gestalten, daß man sicher ist, nichts übersehen zu haben und bei der Nachbehandlung nichts zu übersehen. Handelt es sich dagegen um eine einfache Antrumeiterung, so wird man den Knochen im Warzenfortsatze schonen, so weit er gesund ist. Erwies sich besonders die Spitze des Warzenfortsatzes druckempfindlich, so wird man vor allem auf die Freilegung dieser Zellen bedacht sein. Eine vollständige Ausräumung des Warzenfortsatzes in jedem Fall ist mit Rücksicht auf die Narbenbildung und das kosmetische Resultat nicht geboten. Allerdings bedarf es der Erfahrung, einer sorgfältigen Untersuchung und Technik, um in jedem Falle das richtige zu treffen. Wichtig ist es auch, die Pauke nicht allzu sehr frei zu legen; es muß nur eine Kommunikation zwischen Pauke und freigelegtem Antrum vorhanden sein. P. legt nicht in jedem Falle den äußeren Bogengang sichtbar frei; es ist klar, daß der derbe Abschluß zwischen Pauke und Knochenwunde, der für eine günstige Heilung gefordert werden muß, um so schwieriger erfolgt, je weiter der Zugang ist. Endlich befürwortet P., nach dem Vorgang anderer, die Haut- und Periostwunde zum Teil zu schließen, das Perist dadurch etwas in den Wundtrichter zu legen und es für die Knochenneubildung gleich von vornherein mit zu benutzen, ähnlich wie es Küster schon vor Jahren vorgeschlagen hat. Nur will P. nicht, wie Küster, die Knochenschale unter dem Periost erhalten, weil sie die Heilung öfters stört und durch Nekrosenbildung leicht abgestoßen wird. Die so behandelten Fälle heilen sehr gut und geben tadellose Narben; eine feste Tamponade, wie sie früher geübt wurde, wird dabei nicht angewandt. Bei der Nachbehandlung muß man jedoch genauestens alle Symptome beachten, welche etwaige otitische Komplikationen anzeigen. Bleiben trotzdem Fisteln, entwickeln sich Granulationen, so muß man zu Auskratzungen, zu Nachoperationen mit nochmaliger gründlicher Ausräumung der Warze event. zur Radikaloperation schreiten. Ehe man aber zur Radikaloperation greift, sollte man vorher versuchen, durch Einpflanzung von sehr großen gestielten Periostlappen nach dem Vorschlage von P. eine Vernarbung der Warzenfortsatzwunde zu erzielen. P. erwähnt auch, daß man Paraffineinspritzungen zur Ausfüllung der Höhle versucht hat. Bei flachen Einsenkungen mag es

auch zum Ziele führen; ein sichereres Resultat wird man aber erzielen durch Exzision der Hautnarbe und Vernähung der Wundränder über der Einsenkung mit Einziehung des Periosts (event. nach Bildung eines größeren Lappens desselben). Demonstration zahlreicher Fälle.

Diskussion. Herr Küster begrüßt es mit Freuden, daß Herr Passow durch primäre Vernähung eines Teiles der Wunde und die Verwendung des Periosts zur Einpflanzung in die Wunde seinen Vorschlägen nahe gekommen ist. Er meint immer noch, daß man auch ein Stück der Knochenschale am Periost lassen solle, und daß man dann eine noch bessere Ausfüllung der Knochenneubildung erzielen würde. Erfahrung an anderen Knochen sprachen ebenfalls für sein Vorgehen.

Herr Jansen: Ein schwerwiegender Mißerfolg ist es allerdings, wenn kurz vor oder nach erfolgter scheinbarer Heilung rasch der tödliche Ausgang erfolgt, sicherlich oft bedingt von einem tiefen extraduralen Abszeß, der durch die retrolabyrinthären, diploëtischen Knochenräume vermittelt wird. In diese Zellen dringen glücklicherweise die Vereiterungen selten sprungweise ein, meist in kontinuierlichem Zusammenhange mit der Erkrankung im Warzenfortsatze. Je länger die Eiterung im Warzenfortsatze besteht und sich verbreiten konnte, um so mehr wird in diese tief gelegenen Räume der Entzündungsprozeß hineingedrängt. Es hat deswegen seine Bedenken, wenn man vielleicht, um die Diagnose noch mehr zu sichern und die Phänomene sich mehr ausgestalten zu lassen, ungebührlich lange mit der Eröffnung des erkrankten Warzenfortsatzes wartet.

Wenn man nun daran gewöhnt ist, gerade auf diese Lokalität zu achten und nach dieser Richtung hin selbst kleinen, anscheinend unbedeutend erkrankten Hohlräumen seine Aufmerksamkeit widmet, sie eröffnet, so wird man immer weiter in diese tiefen diploëtischen Hohlräume hinter bzw. um das Labyrinth herum geführt, bis man schließlich den ganzen erkrankten Herd ausgeräumt hat. Die Erkrankung kann sich bis an den Porus acusticus internus hinziehen, und Redner hat es sogar erlebt, daß er den ganzen Aquaeducutus vestibuli hat herauspräparieren müssen, um den Herd vollständig freizulegen. Das Resultat war eine vollständige Heilung, eingetreten mit Wiederherstellung des Gehörs, trotzdem zunächst Labyrintherscheinungen vorhanden waren, die den Verdacht einer Labyrintherkrankung nahelegten. Um allerdings diese Räume gründlich freizulegen, ist wohl das Arbeiten mit der Fraise notwendig.

Die tiefen Löcher und Entstellungen sind allerdings unschön; zu ihrer Beseitigung ist in manchen Fällen die Methode von Passow mit Einlegen von Periost und Drübernähen der Haut zweifellos von gutem Erfolg in kosmetischer Beziehung, wie Redner selber erst kürzlich erlebt habe. Die bei langsamer Verheilung öfter resultierenden großen Löcher und tiefen Gruben werden wir hoffentlich sehr viel weniger in Zukunft zu sehen bekommen, da, wie es scheint, die große Mehrzahl der akuten Vereiterungen im Warzenfortsatz mit primärer Naht behandelt und rasch zur Heilung gebracht werden kann. Redner hat Fälle in 15 und 17 Tagen zur völligen Heilung gebracht. Mit dieser Methode erreichten wir also nicht nur Schnelligkeit, sondern auch schönes Aussehen nach der Ausheilung.

Allerdings befolgt Redner den Grundsatz, alles erkrankte Gewebe fortzunehmen, selbst auf die Gefahr hin, daß dabei ein Knochengewebe sei, welches spontan zur Ausheilung gelangen könnte; auch schien es ihm ganz besonders wichtig, aufs sorgfältigste die Knochenwände zu glätten.

Die Methode, das Entstehen der tiefen Löcher zu verhüten, welche Passow als die Winkler'sche bezeichnete, nämlich akute Mastoiditisfälle mit voraussichtlich langdauernder Heilung primär zu verschließen nach Fortnahme der hinteren Gehörgangswand und Körner'scher Lappenbildung, dürfte vom Redner herrühren, der sie im Jahre 1894 oder 1895 bereits empfohlen hat, besonders bei Scharlachfällen, wenn wir auf eine sehr langsame Heilung und lange Nachbehandlung rechnen dürfen. Der kosmetische Erfolg ist dann ein sehr guter; aber wenn wir so wenig Heiltendenz überhaupt haben, heilen auch in der Regel die Thiersch'schen

Hauttransplantationen nicht gut an, und die Nachbehandlung bleibt eine langwierige und die Übersichtlickkeit des verborgenen Terrains ist keine gute. Diese Methode hat also neben Vorteilen auch Schattenseiten.

Herr Schönstadt sucht kosmetisch schöne Narbenbildung dadurch zu erzielen, daß er die Warzenfortsatzspitze etwa zu einem guten Dritteil ganz abträgt. Aus dem basalen Teile räumt er die Zellwände aus, bis eine Verbindung zwischen Antrum und der anstelle der Warzenfortsatzspitze gelegenen Wundhöhle hergestellt ist. Er will damit gute Resultate gehabt haben.

Herr Oertel: Die operative Behandlung der Thrombose des Bulbus venae jugularis.

Nach Vorstellung eines Falles von Thrombose des Bulbus venae jugularis, der nach der Methode von Grunert operiert worden war, gibt der Vortr. einen kurzen Überblick über die in den letzten 5 Jahren in der Ohrenklinik der Charité beobachteten Sinus- und Bulbusthrombosen.

An der Hand von Zeichnungen und Präparaten werden sodann die drei Methoden erörtert, welche die Freilegung des Bulbus venae jugularis ermöglichen; es sind die von Grunert, Piffl und Voss angegebenen Operationsverfahren.

Die schonendste und am schnellsten zum Ziele führende Methode ist die von Voss beschriebene: Freilegung des Bulbus durch Abtragen der Bulbusschwelle, welche man bei Verfolgung des Verlaufes des Sinus sigmoideus leicht erreicht.

Dieses Verfahren genügt für die meisten Fälle von Sinus-Bulbusthrombose.

Nur bei Endophlebitis oder Periphlebitis des obersten Teiles der Vena jugularis empfiehlt sich, die Methode von Grunert anzuwenden: Umwandlung des Sinus, Bulbus und der Vena jugularis in eine nach außen offene Halbrinne durch präparatorisches Vorgehen an der Schädelbasis und Aufmeißelung des Foramen jugulare.

Herr Wagener: Über die Bedeutung des vestibularen Nystagmus bei der Diagnose otitischer und intrakranieller Erkrankungen.

Das Bestreben der Ohrenheilkunde geht jetzt dahin, bei den Erkrankungen des Nervus acusticus zu unterscheiden zwischen Affektion des Ramus cochlearis und denen des Ramus vestibularis. Der letztere Nerv endigt im häutigen Vestibulum des inneren Ohres, seine Kerne werden gebildet erstens durch den Bechterew'schen Kern, der mit Kleinhirnkernen in Verbindung steht, von wo aus Fasern unter Kreuzung zum Nucleus ruber und Thalamus opticus ziehen. Vom zweiten Kern, dem Deiter'schen Kern aus ziehen Fasern zu den Kernen der Augenmuskelnerven und zu den motorischen Ganglienzellen des Rückenmarkes. Das Labyrinth ist ein Organ zur Regulierung des Körpergleichgewichtes; das Bogengangssystem besonders dient zur Empfindung der Beschleunigung von Drehbewegungen. Als Reflex bei Reizung der Bogengänge tritt neben anderen Symptomen der Nystagmus auf. Der vestibulare Nystagmus ist ein rhythmischer, zum Unterschied vom undulierenden Nystagmus, der häufig bei Augenerkrankungen gefunden wird. Dem Nystagmus als solchem kommt geringe diagnostische Bedeutung zu, erst im Verein mit anderen Symptomen ist er praktisch verwertbar. Endolymphbewegungen stellen den physiologischen Reiz für den Bogengangsapparat dar, wie durch Versuche von Ewald bewiesen wird. Der auftretende Nystagmus hängt ab von der Richtung der Endolymphbewegung und davon, welcher Bogengang gereizt wird. Bei Kopfbewegungen werden Bogengänge beider Seiten in gleichem Sinn erregt. Künstlich können Endolymphbewegungen und damit Nystagmus hervorgerufen werden durch Drehungen des Körpers z. B. um die Längsachse. Der bei Anhalten auftretende Nystagmus ist entgegensetzt der Drehung gerichtet. Praktisch von großer Wichtigkeit ist in letzter Zeit der sog. kalorische Nystagmus (Barany) geworden. Bei Ausspritzen eines Ohres mit kaltem Wasser entsteht ein rotatorischer Nystagmus nach der entgegengesetzten Seite, bei warmen Wasser nach der gleichen Seite; bei Wasser von genauer Körpertemperatur entsteht kein Nystagmus. Durch Luftverdichtung und -verdünnung in der Paukenhöhle läßt sich bei Fisteln in der Wand des knöchernen Vestibulums

Nystagmus hervorrufen. Der bei Reizung des Ohres mit dem konstanten Strom auftretende galvanische Nystagmus hat bis jetzt bei der Diagnose geringere Bedeutung erlangt. Durch diese vier Methoden der künstlichen Erzeugung von Nystagmus läßt sich eine Zerstörung beider Labyrinthe nachweisen, bei der Drehungsnystagmus und kalorischer Nystagmus ebenso wie Schwindelgefühl und Gleichgewichtsstörungen nach Drehungen fehlen. Bei einseitiger Labyrinthzerstörung ist der kalorische Nystagmus auf der betreffenden Seite negativ; bei Labyrinthreizung tritt Nystagmus horizontalis und rotatorius nach der entgegengesetzten, also der gesunden Seite auf. Bei Affektion des Kleinhirns, Tumoren und Abszessen wird häufig ein nach der erkrankten Seite gerichteter Nystagmus gefunden. Dies Symptom ist differentialdiagnostisch bei den vom vereiterten Labyrinth ausgehenden Kleinhirnabszessen von Wichtigkeit (Neumann). Die Erfahrungen über das Verhalten des Nystagmus bei anderen intrakraniellen Erkrankungen haben noch nicht zur Aufstellung bestimmter Regeln geführt. Bei der Diagnose der Kleinhirnbrückentumoren dürfte das Verhalten des Nystagmus von Bedeutung sein.

Herr Bobrik: Demonstration eines Pat. mit pulsierendem Endotheliom des Dura mater in der Gegend des linken Ohres.

Richard Wolff (Berlin).

---

16) **Lotheissen.** Zur Stauungsbehandlung der Eiterungen.

(Österreichische Ärztezeitung 1908. Nr. 1.)

L. berichtet über die Erfahrungen, die er mit der Behandlung akuter Eiterungen mit Bier'scher Stauung- und Saugbehandlung machte. Auch er ist mit den erreichten Erfolgen sehr zufrieden, weist aber ebenso wie Lexer darauf hin, daß sie bei Streptokokkeninfektionen versagt; unter 70 mit Stauung behandelten Fällen befanden sich acht Streptokokkeninfektionen, und von allen acht Pat. wurde die Stauung nicht ertragen. Bei Erysipel waren die Erfolge mit Stauung ungleich, bei Osteomyelitis, auch bei ganz frischen Fällen, versagte sie immer.

Auch L. tritt für Kombination von Inzision, Drainage und Stauung ein und verbindet dann immer feucht. **L. Simon** (Mannheim).

17) **Duprat.** Un caso de tétanos infantil curado.

(Revista méd. del Uruguay 1907. Nr. 9.)

Mitteilung von zwei Tetanusfällen bei Neugeborenen. — Das erste Kind starb am 13. Tage, nachdem die Krankheit am 7. Tage begonnen hatte. Das andere Kind erkrankte am 18. Tage, kam am 23. Tage in Behandlung und genas. — D. bespricht ausführlich die Methoden der Behandlung. Er empfiehlt außer der selbstverständlichen Serumbehandlung hauptsächlich Bromkali 3:100, 2stündlich 1 Teelöffel. Als Desinfizienz gibt er H_2O_2 den Vorzug vor anderen Mitteln.

Stein (Wiesbaden).

18) **M. Hofmann.** Zur Serumbehandlung des Tetanus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 697.)

Die Arbeit berichtet unter Beifügung der Krankengeschichten über 30 mit Antitoxin behandelte Fälle von Tetanus traumaticus aus der Grazer Klinik.

13 Fälle, darunter 10 mit einer Inkubationszeit bis zu 10 Tagen, 3 mit längerer Inkubation, wurden ausschließlich mit wiederholten subkutanen Injektionen von Serum verschiedener Herkunft behandelt. Dabei ergab sich eine Mortalität von 53%, so daß sich kein wesentlicher, auffallender Erfolg der Serumbehandlung erkennen ließ.

Ein nur mit endoneuralen Einspritzungen behandelter Pat. starb nach längerer Besserung schließlich doch, während zwei andere bei gleicher Behandlungsart, bei welchen aber gleichzeitig subkutane und durale Injektionen gemacht wurden, genasen.

Bei einer Reihe von 16 Fällen wurden in Pausen von 2—3 Tagen bis zu 5mal 20 ccm Serum subdural in den Rückenmarkskanal injiziert bis zum Eintritt einer

eklatanten Besserung der Symptome, und in den Intervallen subkutane, auch endoneurale Injektionen angewandt. Von diesen 16 Pat., unter denen sich schwerste und prognostisch ungünstige Tetanusfälle, auch solche mit kurzer Inkubationszeit, befanden, sind nur 2 gestorben, was einer Mortalität von nur 12,5% entspricht. Selbst die genannten beiden Todesfälle können nicht ganz oder ausschließlich dem Tetanus zur Last gelegt werden.

Die Besserung setzte stets allmählich ein. Da außer vorübergehender Temperatursteigerung nie schwere Nach- oder Nebenwirkungen bei der Duralinfusion gesehen wurden und der Mortalitätsunterschied bei der subduralen und subkutanen Anwendungsart ein ganz auffallender ist, so ermuntern diese Erfahrungen zu weiteren vorsichtigen Versuchen mit der Duralinfusion, bei der selbst große Mengen schadlos ertragen werden.

Im übrigen geht die Therapie dahin, infizierte Wunden womöglich zu exzidieren und offen zu behandeln, sowie kleinere und ohnehin notwendige Amputationen vorzunehmen. Auch Morphium und Chloral werden angewandt. Von prophylaktischer Serumapplikation wurde bisher abgesehen. **Reich** (Tübingen).

19) **Krost, Moes and Stober.** A case of systemic blastomycosis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 3.)

Krankengeschichte und Sektionsbericht von einem an Blastomykose des ganzen Körpers verstorbenen 42 Jahre alten Mann. Es hatten sich Eiterherde in der Haut, in den Knochen und in fast allen inneren Organen, besonders in den Lungen, entwickelt. Aus ihnen und aus dem Blute konnten mit dem Kulturverfahren die Blastomyceten, meist in Reinkultur, gezüchtet werden. 8 Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

20) **K. Vogel.** Trauma und Sarkom.

(Med. Klinik 1908. p. 286.)

Sieben selbst beobachtete Fälle (Krankengeschichtsauszüge), bei welchen der örtliche und zeitliche Zusammenhang zwischen Verletzung und Geschwulstbildung einwandsfrei erscheint: Sarkom des unteren Endes des Oberschenkelknochens, des Wadenbeines, des Schlüsselbeines, drei Hoden-, ein Brustdrüsensarkom. In sechs der Fälle lag eine einmalige Verletzung vor. Bis auf einen Fall handelte es sich stets um die Einwirkung geringfügiger Gewalten. Versicherungsansprüche spielten nur einmal eine Rolle. **Georg Schmidt** (Berlin).

21) **Kraftschenko.** Drei seltene Fibrome.

(Chirurgia Bd. XXII. Nr. 132. [Russisch.])

V e r k a l k t e s F i b r o l i p o m d e s l i n k e n M u s c. p e c t o r a l i s m a j o r. Seit 10 Jahren trägt die 44jährige Frau eine Geschwulst, die, von der Infraclaviculargegend ausgehend, enorme Größe erreichte. Besonders starkes Wachstum in den letzten 2 Jahren. Die Geschwulst von doppelter Mannskopfgröße nimmt die ganze linke Brustseite ein. Die normale Haut ist durchzogen von daumendicken Venen. Leichte Verschieblichkeit der Haut und der Geschwulst auf ihrer Unterlage. Bei Bewegung des linken Armes wird die Geschwulst angehoben. Ihr Umfang beträgt in jeder Richtung etwa 76 cm. Konsistenz hart, hin und wieder ist beim Palpieren in der Tiefe ein Knirschen wahrnehmbar. Die entfernte Geschwulst ging aus von der Portio clavicularis des großen Brustmuskels, dessen Fasern fächerartig in sie eintraten. Gewicht der Geschwulst $5^1/_2$ kg. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibrolipom, das, im Zentrum käsig zerfallen, zum Teil Kalkkrümel enthielt.

A n g i o f i b r o m d e s B e c k e n b i n d e g e w e b e s. 39jährige Frau mit einer Geschwulst in der linken Glutäalgegend. Vor 4 Jahren zum erstenmal bemerkt, wuchs die Geschwulst in letzter Zeit rapid. Die Beschwerden bestehen in der Unmöglichkeit zu sitzen und ziehenden Schmerzen im Unterleibe. Die kindskopfgroße Geschwulst über der linken Gesäßfalte macht den Eindruck einer Hernia ischiadica, doch ist die Haut mit ihr leicht verwachsen, und bei gedämpftem Per-

kussionsgeräusch fühlt das Gebilde sich steinhart an. Es scheint sich im Foramen ischiadicum zu verlieren, aber weder rektale noch vaginale Untersuchung geben weitere Anhaltspunkte. Beim Versuch, die Geschwulst in das Foramen ischiadicum zu zwängen, erscheint über dem linken Lig. Pouparti eine weiche Anschwellung. Bei der Operation gelang es verhältnismäßig leicht, die Geschwulst bis an das Foramen zu isolieren und einen Fortsatz aus der Tiefe des Beckens heraus zu befördern. Erhebliche Blutung, die auf Tamponade stand. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein mit zahlreichen Gefäßen durchsetztes Bindegewebe. Der Ausgangspunkt der durch das Foramen ischiadicum majus gewachsenen Geschwulst war nicht genau festzustellen.

Fibrom des rechten Lig. uteri latum. Geschwulst von 6,8 kg, die unter Schonung des normalen Ovarium und Uterus leicht aus dem Lig. latum herausgeschält werden konnte. Nur an einer Stelle bestand leichte Verwachsung mit dem Netz. Umfang der Geschwulst 69 cm, Durchmesser 28 cm. Die mikroskopische Untersuchung ergab reines fibröses Gewebe untermischt mit fibroplastischen Zellelementen.

Alle drei Fälle imponieren durch die Größe der Geschwulst, der erste speziell durch die ungewöhnliche Lokalisation. Zwei instruktive Photographien sind beigegeben.

Oettingen (Berlin).

22) **Pusey.** Roentgen ray in epitheliomata.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 2.)

P. berichtet über 111 Fälle von Epitheliom, die er mit Röntgenstrahlen behandelt hat, und demonstriert die Erfolge an zahlreichen Photogrammen.

80 Pat. (72%) wurden völlig geheilt.

Unter den 31 nicht ganz Geheilten befanden sich 28, die vorher erfolglos mit anderen therapeutischen Maßnahmen behandelt worden waren; nur in drei Fällen waren die Pat. unmittelbar zum Verf. gekommen; auch bei ihnen war die Geschwulst bereits in die Augenhöhle hineingewachsen.

W. v. Brunn (Rostock).

23) **E. Lindner.** Zur Diagnose epiduraler Hämatome. (Aus dem Landkrankenhause zu Fulda. Dr. Gunkel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 52.)

L. weist auf die Schwierigkeiten der Diagnose der duralen Blutergüsse, besonders gegenüber traumatischer zerebraler Apoplexie hin und hebt den Wert der Probetrepanation auf Grund zweier eigener Beobachtungen hervor. Beide Pat. wurden durch die Operation geheilt. L. empfiehlt die Anlegung größerer Trepanöffnungen von ca. 1 cm im Durchmesser im Stromgebiete der Art. meningea media, dem fast ausschließlichen Sitze lebenbedrohender Hämatome.

Kramer (Glogau).

24) **S. Placzek** und **F. Krause.** Zur Kenntnis der umschriebenen Arachnitis adhaesiva cerebralis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 29.)

Bei einer 25jährigen Pat. nahm P. auf Grund der hinreichend charakteristischen Allgemeinsymptome, wie Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel, ferner auf Grund der Veränderung des Ganges, des Taumelgefühls, der Neigung nach links zu fallen, der fast kompletten Lähmung aller äußeren Augenmuskeln beiderseits, der vollständigen Lähmung der rechten Gesichtshälfte mit Einbeziehung des Stirnastes, eine raumbeengende Geschwulst in der hinteren Schädelgrube an.

Bei der von K. zweizeitig ausgeführten Operation fand sich außer einer ungewöhnlichen Verdickung des Schädelknochens, einer Verdickung der harten Hirnhaut und starken Verwachsungen derselben mit der weichen Hirnhaut eine abgekapselte Flüssigkeitsansammlung an der unteren Fläche der rechten Kleinhirnhemisphäre. Eine Geschwulst wurde nicht gefunden. Alle Lähmungserscheinungen

gingen allmählich zurück nach glattem Wundverlaufe, das Allgemeinbefinden war vorzüglich und stand im schroffen Mißverhältnis zu alarmierenden Erscheinungen während der Rekonvaleszenz, bestehend in Erbrechen, Schüttelfrost und dem merkwürdigen Temperaturverlauf (anfallsweise hohe Temperatursteigerungen; siehe die Kurven im Original). Erst nach 3 Monaten waren die Temperaturen dauernd normal. Die Fiebererscheinungen erklärt P. durch Druckwirkung auf Kleinhirn und Medulla oblongata und andere Maßnahmen bei der Operation (postoperative, hyperthermische Stadien).

Der von K. gegebene und illustrierte Operationsbericht muß im Original eingesehen werden. K. weist zum Schluß auf die Analogie des schon beschriebenen Krankheitsbildes mit der chronischen Form der sog. Meningitis serosa spinalis hin (cf. d. Ztbl. 1907, Nr. 21, p. 611). Beide Male handelt es sich um genau umgrenzte Ansammlungen von Liquor, die unter hohem Drucke stehen und dadurch wie eine wirkliche Geschwulst wirken.

Die Entstehung solcher Liquoranhäufung und -Spannung an einer ganz bestimmt umschriebenen Stelle erklärt sich aus der Beschaffenheit der Arachnoidea, die nach Henle als ein wassersüchtiges, ungewöhnlich lockeres Bindegewebe aufzufassen ist, und in welcher in der Norm der Flüssigkeitsausgleich sehr rasch erfolgt; durch Verwachsungen, z. B. entzündlicher Natur, oder durch andere mechanische Verhältnisse kann sich leicht eine Liquorspannung und -Exsudation ausbilden, wenn die Resorptionsfähigkeit des Arachnoidealgewebes an den erkrankten Stellen aufgehoben oder vermindert ist. **Langemak** (Erfurt).

25) **Lapointe.** Un cas de méningite otitique suppurée de la fosse cérébelleuse: punction lombaire positive. Antro-atticotomie et incision durale dans la même séance. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 154 u. 166.)

Der Verlauf des Falles ergibt sich im wesentlichen aus der Überschrift. Die Lumbalpunktion hatte eitrige Flüssigkeit mit 95% polynukleären Zellen ohne Bakterien ergeben. In der Diskussion erörtert Legueu die Frage, welche Schlüsse man aus dem Verhalten der Lumbalflüssigkeit auf eine event. bestehende Meningitis ziehen dürfe, bzw. welche Anzeigen für das operative Vorgehen sich daraus ergeben. Er weist zunächst die Meinung zurück, man dürfe überhaupt nicht mehr operieren, wenn die Lumbalpunktion bakteriologisch ein positives Resultat ergeben habe, da auch noch solche Fälle zur Heilung kamen. Dann verwirft er die Eröffnung der Dura als unnütz und gefährlich. Man hat sichere purulente Meningitiden nach alleiniger Inangriffnahme der extraduralen Prozesse ausheilen sehen; gefährlich kann die Inzision der Dura werden durch die Möglichkeit einer einsetzenden Infektion. Toubert spricht sich dagegen für eine Eröffnung der Meningen aus, wenn eine Meningitis vermutet wird. **Kaehler** (Duisburg-M.).

26) **R. Hoffmann.** Zur Pathologie (Heilung) des Hirnabszesses.

(Aus den Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft.)

Verf. hatte Gelegenheit, ein Gehirn zu untersuchen, bei dem 4 Monate vorher ein großer Abszeß des Temporallappens inzidiert und zur Heilung gebracht worden war. 70 Tage nach der Heilung sollte eine plastische Deckung der Schädellücke vorgenommen werden, nach kurzer Chloroformnarkose verstarb Pat. plötzlich. Wahrscheinlich handelte es sich um einen Chloroformtod, der dadurch eintrat, daß Pat. mehrfach erbrach, wodurch der intrakranielle Druck gesteigert wurde, während eine Ausgleichung des Druckes wegen der ausgedehnten Verwachsungen nicht stattfinden konnte.

An dem Präparate sah man in der Umgebung der alten Abszeßhöhle erweichte Hirnsubstanz mit großen und kleinen leeren Lücken, die offenbar dadurch entstanden waren, daß Neurogliagewebe durch Ödemflüssigkeit auseinandergebracht worden war. In anderen Lücken konnte man schon wieder weitmaschiges Neurogliagewebe erkennen, in anderen sogar schon unregelmäßige Nervenfasern, überall

reichlich Leukocyten und Lymphocyten. Spuren einer eigentlichen Vernarbung sah man noch nirgends. H. sieht darin einen Beweis für die Richtigkeit der Behauptung Macewen's, daß bei chronischen Hirnabszessen durch den Schwund der Elastizität der umgebenden Hirnsubstanz die Heilung und Vernarbung nur äußerst langsam vor sich gehe.

Die Resorptions- und Reparationsvorgänge sind durch mehrere sehr gute Bilder erläutert. **L. Simon** (Mannheim).

27) **Atlee and Mills.** Brain tumor with Jacksonian spasm and unilateral paralysis of the vocal cord, and late hemiparesis and astereognosis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 26.)

Arzt von 43 Jahren mit Lähmung des linken Stimmbandes, spastischen Krämpfen im linken Bein, epileptischen Anfällen, alles innerhalb $1^1/_2$ Jahren entstanden; zuletzt Lähmung bzw. hochgradige Schwäche der ganzen linken Körperhälfte und heftige Kopfschmerzen.

Operation am 12. Februar 1907 durch A. Entfernung einer $7^1/_2 : 6$ cm großen ovalen Geschwulst aus der rechten psychomotorischen Region. Knochen dort auf 4 cm verdickt. Heilung mit Verwendung einer Zelluloidplatte zur Deckung des Defektes.

Pathologisch-anatomischer Befund von Spiller: Epitheliale Geschwulst, wahrscheinlich ausgegangen vom Plexus chorioideus. Zwei Mikrophotogramme.

4 Wochen nach der Operation war das Befinden gut. Nennenswerte Motilitätsstörungen bestanden nicht mehr. **W. v. Brunn** (Rostock).

28) **Jack.** Ossiculectomy in chronic middleear suppuration.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 26.)

Am Massachusetts eye and ear infirmary wurden vom 1. Januar 1903 bis zum 1. Januar 1907 im ganzen 565 stationäre Kranke wegen chronischer Mittelohreiterung operiert; z. T. bestand zugleich Mastoiditis, Sinusthrombose, Hirnabszeß oder Meningitis. Bei 124 Fällen wurde die Ossiculektomie, bei 90 die Radikaloperation ausgeführt. Es starben 24 Operierte, das ist 4,25%, fast stets an Meningitis oder Hirnabszeß, die bereits zur Zeit der Operation bestanden. In dem gleichen Zeitraume wurden 5895 Pat. ambulant an chronischer Mittelohreiterung behandelt; 9,5% von ihnen wurden operiert.

Verf. hat bei 190 Pat. die Gehörknöchelchen entfernt. 51 wurden ganz, 62 fast ganz geheilt, 40 gebessert, 19 blieben ungeheilt, von 19 ist der Erfolg unbekannt. Einmal nur trat der Tod ein.

Das Resultat hat ihn sehr befriedigt. Die zugleich ausgeführte Exkochleation der Tuba Eustachii ist nach Ansicht des Verf.s von besonderem Wert zur Verhinderung einer neuerlichen Infektion des Mittelohres.

W. v. Brunn (Rostock).

29) **Gayet.** Note sur une tumeur mixte de la joue, contribution à l'étude des anomalies fissuraires de la fente fronto-maxillaire.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 8.)

Verf. entfernte einem 27jährigen Maler eine taubeneigroße Geschwulst der Haut in der Gegend des unteren äußeren Winkels des linken Nasenbeines, die, vor 3 Jahren bemerkt, allmählich gewachsen war. Mikroskopisch erwies sie sich als ein Adenofibrochondrom und bot ganz das Bild der so häufigen gemischten Geschwulst der Speicheldrüsen. G. erklärt die Entstehung der Geschwulst aus Keimen, die bei der Bildung und dem Verschluß der Stirn-Oberkieferspalte abgesprengt wurden und verwahrt sich dagegen, daß derartige gemischte Neubildungen im Gesicht und am Halse und besonders in den Speicheldrüsen besonders von französischen Autoren noch immer auf die Speicheldrüsen selbst oder aberrierte Anlagen derselben zurückgeführt werden, was übrigens von deutschen Forschern,

wie Cohnheim, Wilms, Hinsberg u. a., schon längst bestritten wird. Ebenso wie die angeborenen Spalten, Fisteln und Cysten dieser Gegenden verdanken auch solche gemischtgewebige Geschwülste ihre Entstehung den embryonalen Gesichts- bzw. Kiemenspalten. Damit erledigt sich auch die viel umstrittene Frage, ob diese Geschwülste bindegewebiger oder epithelialer Abkunft seien. Alle Gewebe jener embryonalen Fortsätze und Bögen beteiligen sich naturgemäß auch an dem Aufbau der aus ihnen hervorgegangenen Geschwulstkeime. **Gutzeit** (Neidenburg).

30) **Gaudier.** Actinomycose du maxillaire supérieur droit chez un enfant, simulant un ostéo-sarcome.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 125.)

Im Verlaufe von 6 Monaten hatte sich eine Geschwulst des Oberkiefers gebildet, die, die Fossa canina ausfüllend, innen den harten Gaumen in großer Ausdehnung zerstörte. Bei der Operation tauchte der Verdacht auf Aktinomykose auf, den das Mikroskop bestätigte. Die daraufhin eingeleitete Jodtherapie brachte Heilung. G. lenkt im Anschluß daran die Aufmerksamkeit auf die verschiedenen Formen der an dieser Stelle auftretenden Aktinomykosen und betont, daß die »zentralen« Formen Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose gegen Osteosarkome bieten können. **Kaehler** (Duisburg-M.).

31) **Kühner.** Über die Epulis und die Resultate ihrer Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 619.)

Für die schlechthin als bekannt geltende Tatsache, daß Epuliden bei radikaler operativer Behandlung eine gute Prognose geben, bei ungenügender Entfernung aber leicht rezidivieren und, sich selbst überlassen, in der Regel zum Tode führen, erbringt Verf. den bisher ausstehenden klinischen Beweis an einem Material von 90 Fällen aus der v. Bruns'schen Klinik.

In $^2/_3$ aller Fälle handelte es sich um Riesenzellsarkome. Das Vorkommen der Epulis verteilt sich auf das männliche und weibliche Geschlecht in einem Verhältnis von 1 : 2. Von 4 nicht operierten Pat. erlagen 3 ihrem Leiden, bei 1 kam es zu spontaner Heilung. Von 86 operierten Pat. liegen über 76 Nachrichten vor, wonach 91,12% dauernd geheilt blieben, bei 8,86% Rezidive auftraten; von letzteren 7 wurden noch 5 durch eine Rezidivoperation dauernd geheilt. Die Operation soll daher stets eine radikale sein und in Entfernung der Geschwulst mitsamt der betreffenden Partie des Alveolarfortsatzes bestehen.

Reich (Tübingen).

32) **Riggs.** Cheiloplasty for ectropion of the lower lip.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Nach einer kurzen einleitenden Übersicht über die verschiedenen Methoden der Lippenplastik schildert Verf. ausführlich einen Fall, bei dem es bei einem $4^1/_2$jährigen Knaben nach einer ausgedehnten Verbrennung des Gesichts und der Brust durch Narbenzug zu einem hochgradigen Ektropium der Unterlippe gekommen war. Der Mund konnte nicht geschlossen werden, Sprechen war unmöglich. Es wurde nun zunächst der Lippensaum mobilisiert und ein Teil der Narbe exzidiert. Durch einen Querschnitt in der Höhe des Schildknorpels (Selbstmörderschnitt) wurde eine ausgedehnte, gut bewegliche Hautbrücke geschaffen, die nun über den Kinnrand geschoben wurde, so daß ihr oberer Rand mit dem Lippenrot vereinigt werden konnte. Tiefliegende Catgutnähte verhinderten die Retraktion des neugebildeten Lappens. Der am Hals entstandene Defekt wurde durch Thiersch'sche Hautlappen vom Oberschenkel gedeckt. Es erfolgte ungestörte Heilung, die durch frühzeitige Massage ein recht gutes kosmetisches Resultat ergab. **Strauss** (Nürnberg).

33) **Burk.** Über eine seltene Fraktur an der Wirbelsäule.

(Med. Korrespondenzblatt d. württemberg. ärztl. Landesvereins 1908. Febr. 29.)

Bei der 31jährigen Pat. trat bei einer forcierten Rumpfbeugung nach vorn und rechts seitwärts ein heftiger Stich im Kreuz auf; sie litt dann $1^1/_2$ Jahre lang

subglottischen Raumes, die Auskultation abgeschwächtes Atmen der rechten Lungenspitze, so daß wieder ein tuberkulöser Prozeß angenommen wurde. Pat. wurde der Laryngotracheotomie unterzogen, wobei man nach Durchtrennung eines breiten Schilddrüsenisthmus und Spaltung des Luftrohres an dessen linker Seitenwand im Bereich des Ringknorpels, sowie 1. und 2. Trachealringes auf eine haselnußgroße, rundliche, breitbasige, von unveränderter Schleimhaut überzogene Geschwulst kam, die abgetragen wurde. Naht von Ringknorpel und Luftröhre, Nachbehandlung mit Kanüle, die nach 4 Wochen entfernt werden konnte. Indes mußte schon 6 Wochen später neuerdings tracheotomiert und eine Kanüle wieder eingesetzt werden, auch fand sich wieder links subglottische Anschwellung, gegen welche die versuchsweise gebrauchten Thyreoidintabletten erfolglos blieben.

Das größte Stück des bei der ersten Operation gewonnenen Präparates besteht aus Schilddrüsengewebe, dessen Alveolen zum Teil kolloiden Inhalt haben. Zwischen den Schilddrüsenelementen liegen aber — und das ist wichtig — Inselchen von deutlichen Schleimdrüsen (vgl. zwei histologische Abbildungen). Kleinere bei dieser Operation ausgeschabte Stückchen bestehen aus tuberkulösem Granulationsgewebe. Solches wurde auch bei der zweiten Operation zutage gefördert.

M. bespricht, die Literatur heranziehend, die klinischen Verhältnisse des Intratrachealkropfes kurz im allgemeinen. Im eigenen Falle spricht die Gegenwart des Schleimdrüsengewebes zwischen dem Kropfgewebe dafür, daß während des embryonalen Lebens die Schilddrüse durch die Luftröhre gewachsen ist und so tracheale Schleimdrüsen umschloß, oder daß es sich um eine versprengte Schilddrüsenanlage handelte, die im Embryonelstadium die Drüsen einschloß. — Überdies interessiert der Fall auch durch die Entwicklung von Kehlkopftuberkulose im Kindesalter. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

38) G. Hotz. Die Ursachen des Thymustodes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 509.)

Verf. teilt folgenden Fall aus der Baseler Klinik mit:

Ein 3jähriger Junge litt seit $^1/_2$ Jahr an Tracheostenose mit Erstickungsanfällen von zunehmender Intensität und Häufigkeit. Abgesehen von einer mäßigen Bronchitis ergab weder die Laryngo- noch Tracheoskopie, noch die Röntgendurchleuchtung, noch die übrige Untersuchung einen Aufschluß über die Natur der Stenose. Insbesondere ließ sich auch keine Vergrößerung der Thymus oder Schilddrüse und keine Erkrankung der Wirbelsäule nachweisen. Als auch nach der Tracheotomie die Stenose fortbestand, wurde die Thymus exstirpiert in der Überlegung, daß durch Beseitigung dieses Organs auf jeden Fall eine Raumerweiterung in der oberen Thoraxapertur geschaffen werde. Die exstirpierte Thymus war 7 resp. 9 cm lang, 5 cm breit, 5—8 mm dick, wog 6 g, war also eher zu klein als zu groß für das Alter. Nach vorübergehender Besserung der Atmung starb das Kind am gleichen Abend in einem asphyktischen Anfalle.

Die Sektion deckte als Ursache der Trachealkompression eine Spondylitis des 4. Brustwirbels mit einem hühnereigroßen prävertebralen Abszeß auf. Die Luftröhre war an der Bifurkationsstelle etwas abgeplattet.

Eine Übersicht über die anatomischen und topographischen Verhältnisse ergibt u. a., daß die Größe und das Gewicht der normalen Thymus großen Schwankungen unterliegt, die Grenze nach dem Pathologischen erst recht schwankend ist, und diese Momente für sich überhaupt noch nicht die Frage entscheiden, ob eine Thymus eine mechanische Kompression macht oder nicht, vielmehr Volumsveränderungen des Organs und die Größe der Thoraxapertur mitbestimmende Faktoren sind.

Der Thymusdruck wirkt in erster Linie auf Luftröhre und Bronchen, wo er dauernde und autoptisch nachweisbare Spuren hinterläßt, zweifellos in manchen Fällen aber auch auf das Herz und die großen venösen und arteriellen Gefäßstämme, während der Nervenkompression (Vagus, Recurrens, Phrenicus) vorerst nur eine hypothetische Bedeutung zukommt.

Begünstigt wird das Zustandekommen der Thymusstenose natürlich durch komplizierende Bronchitis, Bronchialdrüsenschwellung, adenoide Vegetationen usw.

Die operative Therapie, Resektion und Ektopexie oder Totalexstirpation, vermochte bisher in jedem Falle durch Raumgewinnung die drohende Asphyxie abzuwenden und die normale Atmung dauernd wieder herzustellen.

Verf. neigt der Ansicht Friedjung's zu, wonach Paltauf's absolute Negation einer mechanischen Bedeutung der hyperplastischen Thymus durch die neuen Befunde und besonders die Erfolge der Operation widerlegt wird und empfiehlt die Thymektomie auch für Fälle, in denen eine Hyperplasie nicht nachweisbar oder überhaupt nicht vorhanden ist. **Reich** (Tübingen).

39) Jalaguier. Oesophagotomie externe pour l'extraction d'un sou ayant séjourné deux ans et demi dans l'oesophage d'un enfant de quatre ans.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 63.)

Erst kurz vor der mit gutem Erfolge vorgenommenen Operation setzten wesentliche Störungen ein, bestehend in dyspeptischen Beschwerden und anfallsweiser Dyspnoe. Der Fremdkörper saß in einer von Narbengewebe umgebenen Ausbuchtung der Speiseröhre. **Kaehler** (Duisburg-M.).

40) H. Gehle (Bremen). Zur Radikaloperation des Ösophagusdivertikels.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Bei dem 69jährigen Pat., der alle Speisen und Getränke sofort wieder erbrach, saß das Divertikel in Höhe der Cartilago cricoidea und ließ sich bei der Operation leicht bis an die Hautwunde vorziehen. G. eröffnete es an der Kuppe, entfernte mit dem scharfen Löffel die Schleimhaut, führte durch die Öffnung eine Schlundsonde in den Magen, drehte den Sack um 180° um seine Längsachse und zog ihn mit einer Tabaksbeutelnaht fest um die Sonde zusammen. Die angefrischte Sacköffnung wurde sodann mit der oberflächlichen Halsfascie vernäht. Am 6. Tage ließ sich die Schlundsonde entfernen, und Pat. wurde nunmehr durch das vom Mund aus eingeführte Instrument ernährt. 14 Tage nach der Operation konnte er weiche, feste Nahrung schlucken, nach 4—5 Wochen war er ohne Fistel geheilt. Er befindet sich noch jetzt, nach 2 Jahren, wohlauf. **Kramer** (Glogau).

41) Friedberg. Foreign body in larynx for two and one-half years.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 1.)

Bei einem 12jährigen Mädchen war vor 2½ Jahren ohne bekannte Ursache eine allmählich zunehmende Heiserkeit aufgetreten.

Die Untersuchung ergab in der Gegend des linken Stimmbandes eine große geschwulstartige Masse, in der die Spitze eines kleinen Drahtstückes sichtbar war. Nach verschiedenen ergebnislosen Extraktionsversuchen wurde der Fremdkörper samt einem Teile der Granulationsmasse entfernt und Pat. geheilt.

W. v. Brunn (Rostock).

42) H. v. Schrötter. Fremdkörper, 2 Jahre im linken Bronchus, Extraktion auf direktem Wege; Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Der Überschrift ist hinzuzufügen, daß der Fremdkörper, ein Schweinsknochen, 34 cm von der Zahnreihe entfernt saß, durch reichliche Granulationsbildung und starke eitrige Sekretion die Entfernung erschwert war, aber bei dem sitzenden 52jährigen Kranken gelang. Der Fremdkörper war seiner Länge nach in den zweiten, vom Hauptstamm abzweigenden Ventralbronchus aspiriert worden. Die Symptome der Bronchiektasie gingen zurück, so daß in diesem Fall offenbar trotz des langen Verweilens des Knochenstückes keine irreparablen Veränderungen gesetzt waren. **Langemak** (Erfurt).

43) W. M. Müntz. Entfernung eines Fremdkörpers aus einem Bronchus zweiter Ordnung mittels Bronchoskops.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Vor ca. 1 Monat aspirierte die 39jährige Pat. ein Knopf (9 mm Durchmesser und in der Mitte etwa 2 mm Dicke). Beständiger Husten, Atemnot und Druck rechts vom Brustbein quälten die Kranke. Auf dem Röntgenschirm war der Knopf rechts erkennbar, nicht aber auf der Platte.

Der sitzenden kokainisierten Pat. wurde ein Bronchoskop (7 mm Lichtung) leicht in den rechten Hauptbronchus eingeführt. Es gelang nicht das massenhafte Sekret wegzutupfen, Pat. begann heftiger zu husten, so daß der Versuch aufgegeben wurde. Die übrigens sehr geduldige Pat. erklärte sich zu einer Operation bereit, eine Wiederholung der ersten Prozedur lehnte sie ab.

3 Tage später machte M. daher eine tiefe Tracheotomie. Vor Eröffnung der Luftröhre spritzte er durch die Wand 1 ccm 5%iges Kokain mit Suprarenin, nach Eröffnung noch 3 ccm. Dann wurde Pat. auf die rechte Seite gelegt und das Bronchoskop (Lichtung 10 mm, Länge 20 cm) eingeführt. Am Eingang in einen Bronchus zweiter Ordnung lag der Knopf und wurde nach einigen Fehlgriffen extrahiert. Unter reichlicher Kokainisierung (5%ig, mit Suprarenin) gelang es ohne Schmerzen und ohne Husten zu arbeiten. Sekret wurde diesmal nur wenig angetroffen. **V. E. Mertens** (Kiel).

44) W. M. Müntz. Über Spätasphyxien nach Larynxexstirpation.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Seit $1^1/_2$ Jahren klagte die jetzt 50jährige Pat., der M. vor 5 Jahren den karzinomatösen Kehlkopf entfernt hatte, über dumpfe Schmerzen in der linken Brusthälfte. Zeitweilig hustete sie bräunliche Gerinnsel aus und klagte beständig, daß die Tracheotomiekanüle zu eng sei. Eines Tages kam sie asphyktisch ins Hospital. Das Atemgeräusch war über der linken Lunge abgeschwächt. Ein 1 cm (!) starker Gummischlauch glitt 10 cm unterhalb der Fossa jugularis an einem Hindernis vorbei in den rechten Bronchus, worauf die Atmung frei wurde. Mit dem Bronchoskop war nicht viel zu erkennen. Durch die Manipulationen wurde jedoch ein Hustenstoß ausgelöst, der einen 5 cm langen, $1^1/_2$—2 cm dicken, bräunlichen Körper von gummiähnlicher Elastizität zutage förderte.

Am nächsten Morgen neue Asphyxie. Durch provozierte Hustenstöße wurden noch vier ähnliche Stücke ausgeworfen, worauf die Atmung definitiv gut blieb.

Die Stücke erschienen als Ausgüsse der Bronchen. Sie bestanden aus Fibrin, etwas Schleim, Eiterkörpern, Erythrocyten, Kolonien von Staphylokokken und Fraenkel'schen Diplokokken und Hämosiderin.

M. nimmt an, daß die Stücke allmählich aus Blut (kleine Verletzungen durch die Kanüle) und Schleim sich gebildet haben. Pat. hatte sich an das Atmen mit einem Teile der linken Lunge gewöhnt, erst in dem Augenblick, wo ein Stück an die Bifurkation kam und beide Bronchen verdeckte, kam es zu ernsten Erscheinungen. **V. E. Mertens** (Kiel).

45) L. Fiedler. Beitrag zur primären akuten Osteomyelitis der Rippen. (Aus dem Landkrankenhause in Fulda. Dr. Gunkel).

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 5.)

Der mitgeteilte Fall ist dadurch bemerkenswert, daß die nach einem Trauma aufgetretene primäre akute Osteomyelitis der 7. Rippe mit schwersten Allgemeinerscheinungen verlief und in 14 Tagen zum Tode der 8jährigen Pat. führte. Bakteriologisch war der Staphylokokkus pyogenes aureus als Krankheitserreger nachgewiesen worden. Auffallend war die starke Respirationsfrequenz — über 70 — und die Klage über anhaltende Leibschmerzen, die von F. als irradiierende Interkostalnervenschmerzen aufgefaßt werden. **Kramer** (Glogau).

46) M'Kendrick. Mediastinal cancer, occuring ten years after removal of the breast, with secondary nodulation well distributed over the head and trunk.

(Glasgow med. journ. 1908. Februar.)

Bei einer Frau in den 50er Jahren war die Amputatio mammae wegen Karzinom ausgeführt worden. Sie blieb 10 Jahre lang völlig gesund. Dann erkrankte sie mit pleuritischen Beschwerden, und zahlreiche Knoten erschienen am Kopf und Rumpf; sie wurden durch Behandlung mit Röntgenstrahlen zwar allmählich zum Schwinden gebracht, auch besserte sich danach das Allgemeinbefinden, doch konnte der Tod nicht verhindert worden. **W. v. Brunn** (Rostock).

47) Quénu. Plaie pénétrante du ventricule droit, traitée par la suture; plaie du ventricule gauche.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 10.)

Zwei Fälle von Herzstichverletzung, operiert durch Baudet bzw. Duval. Der erste Fall zeichnet sich dadurch aus, daß die Herzverletzung eine minimale war, der Blutverlust nur in wenigen Tropfen bestand. Trotzdem nur ganz geringe wellenförmige Bewegungen des Herzens. Im Augenblicke, wo das Herz mit der Hand gefaßt wurde, um eine Naht durch die Wunde zu legen, beginnt es wieder zu schlagen. Q. schließt daraus, daß nicht die Blutung ins Perikard bzw. Pleura, nicht ein größerer Blutverlust das schädigende Moment zu sein braucht, sondern die durch den Stich gesetzte Schädigung der inneren Herzinnervation (un trouble apporté à l'innervation du coeur). Im zweiten Falle brachte Injektion von physiologischer Kochsalzlösung das Herz nach gewaltigem Blutverluste wieder zum Schlagen, nachdem Massage mit der Hand erfolglos geblieben war. Dann doch noch Stillstand, vielleicht (?) verursacht durch eine zu kalte, zweite Injektion.

In der Diskussion (p. 116) berichtet Mauclaire über einen Fall von Schußverletzung, die nur eine »tangentiale« Wunde des Perikards veranlaßt hatte. Im Perikard selbst fanden sich nur wenige Tropfen Blut. Trotzdem bestanden schwere Herzsymptome: Arhythmie, Unzählbarkeit der Schläge, unerträgliche »Präkordial«-Schmerzen. Nach 48 Stunden Tod, ohne daß die Autopsie außer einer Lungenverletzung Aufklärung brachte. M. weist auf den großen Reichtum des Perikards an Nerven hin. **Kaehler** (Duisburg-M.).

48) O. Fittig. Ein Fall von penetrierender Schußverletzung der Herzwand mit tangentialer Eröffnung des Ventrikellumens.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 567.)

Ein 29jähriger Mann wurde ca. 2 Stunden nach einem Selbstmordversuch durch Revolverschuß in der Herzgegend eingeliefert. Es bestand hochgradige Anämie bei noch kräftigem Radialpuls (130 pro Minute) und mäßiger Beschleunigung der Atmung. Aus dem Einschuß, der innerhalb der Mammillarlinie, über der IV. Rippe saß, sickerte dauernd Blut. Über dem Herzen fand sich tympanitischer Schall, über der Lunge hinten Dämpfung ohne Tympanie.

Ein Ausschuß fehlte. Das Herz wurde sofort durch einen Interkostalschnitt freigelegt, doch mußte zwecks besseren Zugangs die IV. und V. Rippe noch reseziert werden. Nach Eröffnung des Herzbeutels und Vorziehung des Herzens fand sich an der Kante des linken Ventrikels, etwas unterhalb ihrer Mitte, ein 3 cm langer Einschuß, aus dem ein bleistiftdicker Blutstrahl sich ergoß. Verschluß mit sechs tiefgreifenden Catgutnähten.

Nachdem man das Brustbein durchmeißelt und aufgeklappt hatte, konnte man eine kaum blutende, nur bohnengroße Ausschußöffnung der Ventrikelhinterwand, nahe an der Atrioventrikulargrenze, ebenfalls versorgen. Naht des Herzbeutels und eines Einschusses im Unterlappen der Lunge. Ventildrainage der Pleurahöhle. Gazedocht auf die Perikardialnaht. Schluß der Wunde durch Naht. Die Operation dauerte ca. 1 Stunde. Der Blutverlust war beträchtlich, der Puls am Ende der Operation wie vor derselben. Intravenöse Kochsalzinfusion.

Nach anfänglich recht ordentlichem Befinden starb Pat. nach 24 Stunden, ohne daß die Anämie zugenommen hatte.

Die Sektion ergab keinen näheren Aufschluß über die Todesursache. Der Einschuß saß 4 cm oberhalb der Herzspitze an der linken Ventrikelkante und war 3 cm lang, $1^1/_2$ cm breit. Der Ausschuß, 1 cm lang, $^1/_2$ cm breit, fand sich an der Hinterwand des Ventrikels, 2 cm unterhalb der Atrioventrikularklappe. Der Schußkanal verlief bogenförmig im Herzmuskel und eröffnete die Ventrikellichtung zwischen den Wurzeln des seitlichen Papillarmuskels in Form eines bleistiftdicken Loches. Der Schuß hatte also die Ventrikellichtung nur tangential gestreift und mußte das Herz im Moment der Systole getroffen und seine Wand im Zustande der Kontraktion durchdrungen haben. Im Unterlappen der linken Lunge fand sich ein Ein- und Ausschuß, während das Geschoß von der hinteren Brustwand abgeprallt war und in einem trichterförmigen Loch an der Hinterseite des Unterlappens lag. Eine Nachblutung hatte nicht stattgefunden, und die linke Lunge war nur mäßig kollabiert. **Reich** (Tübingen).

49) **Speese.** Chronic cystic mastitis.

(University of Pennsylvania med. bull. 1908. Januar.)

S. teilt zwölf Fälle von chronischer cystischer Mastitis mit, welche sämtlich operiert wurden. Die die Cysten umgebenden bindegewebigen Massen ließen in einem Falle makroskopisch auf dem Durchschnitt ein Karzinom annehmen. Eine der Pat. war erst 20 Jahre alt. Eine Verwachsung und Einziehung, die Warren in solchen Fällen sah, wurde niemals beobachtet. Die Operation bestand meist in einer plastischen Resektion der indurierten Teile (nach Warren) nach Aufklappen der Brust nach oben; nach Exzision der Cysten oder Verhärtungen wurden die Defekte vernäht und die Brust wieder heruntergeklappt. Die Cysten rezidivierten nur selten, der kosmetische Erfolg war sehr befriedigend. Um die Frühstadien einer sekundären karzinomatösen Entartung nicht zu übersehen, wurde in jedem Falle während der Operation mikroskopisch untersucht und beim geringsten Verdacht auf Karzinom die Amputatio mammae angeschlossen.

Mohr (Bielefeld).

50) **Sehrt.** Beiträge zur Pathologie der Milchdrüse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 574.)

Die vorliegende Arbeit, die hauptsächlich pathologisches Interesse beansprucht, beschreibt zwei beim Menschen äußerst seltene Affektionen der Brustdrüse:

1) Ein Osteochondrosarkom bei einer 44 Jahre alten Frau, die 11mal geboren hatte. Die Geschwulst war faustgroß, verschieblich, glatt und wurde mitsamt den axillaren Lymphdrüsen entfernt. Beigefügt ist die Beschreibung von sechs analogen Fällen aus der Literatur.

2) Primäre Aktinomykose der Mamma. Nach Mitteilung von vier fremden Beobachtungen beschreibt Verf. einen Fall aus der Freiburger Klinik. Es handelte sich um eine 34 Jahre alte Frau, die vor 9 Jahren 1mal geboren und 9 Monate ohne Erkrankung der Mamma gestillt hatte. Der Beginn der Erkrankung lag 1 Jahr zurück. In der lateralen Hälfte der Brustdrüse fühlte man eine geschwulstartige, derbe, unregelmäßige Infiltration, die gegen die Haut und den Pectoralis gut verschieblich war. Von der eingezogenen Warze, aus der sich Eiter entleerte zogen Stränge nach dem Infiltrat. Amputation der Brust. Glatte Heilung. In den Fistelgängen und den Erweichungsherden des Infiltrates fanden sich zahlreiche Aktinomycesdrüsen. Der Infektionsmodus blieb unbekannt.

Reich (Tübingen).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 16. Sonnabend, den 18. April 1908.

Inhalt.

Zur Symptomatologie des Magenkrebses.

Von

Dr. med. B. Przewalski in Charkow.

Nach der allgemeinen Meinung praktischer Ärzte vermögen chirurgische Eingriffe eine sichere Heilung des Magenkrebses nur im frühesten Stadium der Krankheit herbeizuführen. Dieser Zeitraum dauert, wie bekannt, nicht länger als 1—2—3 Monate, und das Leiden gibt keine pathognomonischen Anzeichen. Die Möglichkeit einer Diagnose gewährt nur die sorgfältigste methodische (klinische, chemische, mikroskopische und röntgenologische) Untersuchung aller Erscheinungen von seiten der Peristaltik und Sekretion, was manchmal 2 bis 3 Wochen fordert. Bei solcher Mangelhaftigkeit der Symptomatologie der Initialsymptome des Magenkrebses ist jedes, auch das geringste physikalische Kennzeichen im frühen Stadium unentbehrlich.

Deshalb entschließe ich mich, die Aufmerksamkeit auf Eigentümlichkeiten der Interkostalräume bei Kranken mit Magenkrebs zu lenken. In den späten vernachlässigten Fällen des Carcinoma ventriculi sind alle Interkostalräume beiderseits verengt, im frühesten Stadium dagegen beobachtete ich eine Verengung der mittleren Interkostalräume allein an der rechten Seite des Thorax. Diese Erscheinung kann man als eine Reflexkontraktur vom rechten N. vagus aus betrachten, der die am häufigsten von Krebs befallene Magenwand innerviert. Vielleicht haben auch Rami communicantes 4—9 N. spinalium dextr. ad plexum solarem Teil am Reflex. In Fällen von Carcinoma oesophagi habe ich niemals die ausschließlich rechtsseitige Kontraktur der Interkostalräume gesehen, sondern entweder die linksseitige (im frühen Stadium) oder die beiderseitige (im späten). Man untersucht mit den Fingerspitzen zwischen den Achsellinien.

---

1) **K. Gerson.** Alkoholseifen.

(Med. Klinik 1908. p. 130.)

G. hat dem »Sapalcol«, einem alkoholhaltigen weichen Seifenbrei in Zinntuben, fein gepulverten Sandstaub (10%) zugesetzt. Der Alkoholwert dieser Sapalcol-Sandstaubsseife (Fabrik chem. Produkte Arthur Wolff jun., Breslau) beträgt etwa 50%. Aus der Tube wird ein 6 cm langes Stück ausgedrückt und auf die Hände und Unterarme verrieben; darauf nimmt man nur soviel Wasser hinzu, daß ausgiebige Schaumbildung erfolgt. Nach 5 Minuten langer Waschung werden die Hände in Sublimat, Sublaminlösung oder Seifenspiritus kurz abgespült. Nach der Operation werden Hände mit empfindlicher Haut mit Kaloderma eingerieben. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

2) **M. Madlener** (Kempten). Ramiezwirn als chirurgischer Faden.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Das aus der Bastfaser der in China usw. angebauten Ramie (einer unserer gemeinen Brennessel ähnlichen Pflanze) gewonnene Garn zeichnet sich durch große Festigkeit (besonders in nassem Zustande), Leichtigkeit und Billigkeit aus. Es wird ähnlich wie die Kocher'sche Sublimatseide sterilisiert und ist von Stiefenhofer in München (Carlsplatz 6) in sechs verschiedenen Stärken beziehbar. M. hat es an Stelle des Catguts und der Seide zu allen äußeren und versenkten Nähten wie Ligaturen verwendet und nur in wenigen Fällen Ausstoßung von Fäden, sonst in den zahlreichen anderen stets reaktionslose Einheilung usw. beobachtet. Für die Ligaturen und versenkten Nähte empfiehlt sich die Benutzung der feinen Fadennummern, sowie stets die Anfeuchtung des Ramiegarns vor dem Gebrauch, da es dann zugfester ist, als das trockene (s. dieses Zentralblatt 1908 Nr. 3. Ref.).

Kramer (Glogau).

---

3) Folia urologica. Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane. Herausgegeben von James Israel, Kollmann, Kulisch, Wagner (Leipzig).

Leipzig, **Werner Klinkhardt,** 1907.

Unter dem Namen Folia urologica erscheint seit kurzem eine internationale Zeitschrift für das Gebiet der Harnkrankheiten, die sich in zwei wichtigen Punkten von anderen Zeitschriften unterscheidet.

Erstens sind in gleicher Weise die vier hauptsächlichsten Kultursprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch) für die Aufsätze zugelassen, und zweitens befindet sich am Ende jeder Arbeit eine kurze Übersicht über den Inhalt in der gleichen Sprache. Außerdem sind in allen vier Sprachen sogenannte Thesen angefügt, die in noch gedrängterer Form allen Lesern von dem Inhalte Kunde geben.

Bei der übergroßen Fülle medizinischer Literatur, die jeder wissenschaftlich interessierte Arzt heutzutage durcharbeiten muß, ist diese Art der Veröffentlichung entschieden als eine große Erleichterung zu begrüßen; an der Hand der Thesen wird jeder das für ihn besonders Lesenswerte schnell herausfinden können. Auch die Zulassung verschiedener Sprachen ist entschieden durchaus zu billigen.

Gerade auf dem Gebiete der Urologie war bisher zwischen einzelnen Nationen eine Art Scheidewand entstanden, besonders nahmen französische Autoren oft überraschend wenig Notiz von deutschen Forschungsergebnissen und Fortschritten namentlich auf instrumentellem Gebiete (Cystoskopie). Ref. hatte bereits früher wiederholt Gelegenheit, hier auf diesen Übelstand hinzuweisen; in großen französischen Monographien fanden sich zwei Seiten über Cystoskopie.

Diesem Zustande nationaler Eigenbrödelei wird durch eine Zeitschrift nach Art der Folia urologica energisch zu Leibe gegangen. Wir sehen mit großem Interesse der weiteren Entwicklung des Blattes entgegen. **Willi Hirt** (Breslau).

---

4) **W. Stoeckel** (Marburg). Atlas der gynäkologischen Cystoskopie.

Berlin, **August Hirschwald,** 1908.

S. bringt in diesem Atlas einen erwünschten Anhang und die notwendige Ergänzung zu seinem bekannten Buche: »Die Cystoskopie des Gynäkologen«. Die Abbildungen sind zum Teil unfarbig, zum Teil farbig reproduziert, wodurch es dem Verf. möglich war, einen erstaunlich billigen Preis für das wertvolle Werk durchzusetzen. Die farbige Reproduktion ist überall da gewählt, wo einfache Wiedergabe der Helligkeitsdifferenzen nicht genügt hätte. Ref. möchte betonen, daß er die unfarbigen Bilder für ebenso naturgetreu und anschaulich hält, als die kolorierten. Die Auswahl der Bilder, der knappe, präzise Text und die systematische Anordnung des Ganzen ermöglichen auch dem Anfänger, sich sofort in die Materie hinein zu finden. Das Werk ist somit für das Selbststudium ebenso zu empfehlen, wie es

auch dem Ref. als erfreuliches Hilfsmittel zu dem cystoskopischen Unterricht willkommen war. — Die Tafeln I—III erläutern bildlich die Verhältnisse der normalen Blase, des Sphincter internus, der Harnleitermündungen und der physiologischen Abarten. Die Bilder der Sphinkterzerfaserung und der Cystokele führen dann zwanglos über zur Illustration der pathologischen Vorgänge und Zustände, als da sind: »Polypen und Pseudopolypen am Sphinkter, Divertikelbildung, Altersatrophie, Fistelbildung nach gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen (Pubotomieverletzungen), Einwanderung von Tupfern, Seidenligaturen und Fremdkörpern in die Blase, Einbruch von Geschwülsten bzw. primäre Karzinombildung in der Harnblase«. Die farbigen Bilder veranschaulichen das wechselnde Kolorit verschiedener Blasengegenden im normalen Zustande sowie bei Cystitis subacuta und chronica (Leukoplakie), bei Ulzerationen, bullösem Ödem, ferner bei puerperaler Quellung und Stauung; endlich bringt der Atlas noch vollendete Bilder von Blasensteinen und seltenere Beobachtungen, wie petechiale Blutungen und Einwanderung von Instrumenten in die Blase. Verf. illustriert auch die Untersuchung der weiblichen Blase in Seitenlage, sowie in Knie-Brustposition — endlich einige typische urethroskopische Befunde.

Diese Ausführungen zeigen zur Genüge die geschickte Auswahl und die Reichhaltigkeit der Bilder; das eigene Studium möge die Leser von der Güte des Gebotenen überzeugen. **Kroemer** (Berlin).

---

5) **Kneise** (Halle a. S.). Handatlas der Cystoskopie.

Halle a. S., **Gebauer-Schwetschke**, 1908.

Vorliegender Atlas, welcher zur gleichen Zeit wie das Stoeckelsche Werk erschien, ist wie letzteres eine Widmung an den Direktor der Charité-Frauenklinik, Herrn Geh.-Rat Bumm. Es ist kein Zufall, daß von Gynäkologen (Stoeckel — Kneise — Polano) fast zur selben Stunde so bedeutende Publikationen auf diesem Gebiet erscheinen. Die Gynäkologie stattet damit der allgemeinen Urologie, insbesondere den Manen Nitze's, ihren Dank ab für die von jener erfahrene Anregung. K., der alle in seinem Atlas niedergelegten Bilder selbst nach der Natur in Aquarell- und Gouachefarben ausgeführt hat, gibt die gesehenen Bilder mit einer erstaunlichen Naturtreue wieder, ohne die Schematisierung des nicht medizinisch gebildeten Zeichners. — Die künstlerisch ausgeführten Bilder der Cystitisformen sind z. B. wohl nicht zu übertreffen. In gleicher Vollendung präsentieren sich die Tafeln, welche die Geschwülste und Steine in der Blase erläutern. Verf. ordnet sein Material von 84 Bildern auf 13 Tafeln, von denen drei der normalen Blase, drei andere den entzündlichen Veränderungen der Blasenschleimhaut gewidmet sind. Tafel VII bringt die Darstellung der Prostatahypertrophie, Tafel VIII die Steinbefunde, Tafel IX und X Blasen- und Harnleiter-Blasengeschwülste, Tafel XI und XII verschiedene seltenere Erscheinungen

(Varia), und die Schlußtafel illustriert die wechselnden Bilder, die der Untersucher bei der Entrierung des Harnleiters mit dem Harnleiterkatheter erhält.

K. schickt jedem Kapitel eine zusammenfassende Besprechung voraus. Die Abbildungen selbst sind durch begleitende Spezialerläuterungen verständlich gemacht. Endlich folgen am Schluß noch die kurzen Krankengeschichten der besonders wichtigen Fälle zur Orientierung für den Leser, der das Buch mit Befriedigung studieren muß. K. ist ein begeisterter Verfechter der Endoskopie. Das fühlt man beim Lesen seiner lebendigen Schilderungen. Die Ausstattung des Atlas ist vornehm und geschmackvoll. Das Ganze hat einen künstlerischen Wert. Ref. hat mit Freuden die Besprechung der beiden von K. und Stoeckel dem einstigen gemeinsamen Chef, Prof. Bumm, gewidmeten cystoskopischen Atlanten übernommen, weil er angesichts der Fülle und Güte des Gebotenen der Überzeugung ist, daß beide Werke sich auf dem Grenzgebiete der Urologie sowohl bei Chirurgen als bei Gynäkologen eine dauernde Wertschätzung sichern werden. Ref. möchte sie in seiner Bücherei nicht missen.

Kroemer (Berlin).

---

6) **N. N. Petrow** und **N. S. Pereschiwkin.** Zur Frage von der diagnostischen Bedeutung der Indigokarminprobe.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 4 u. 5.)

Verff. prüften die Voelcker-Joseph'sche Indigokarminprobe an 9 Hunden und 17 Kaninchen 88mal nach. Letzteren wurden 4—8 mg Farbe injiziert; nach Feststellung des Ausscheidungstypus der Farbe wurde eine Niere entfernt, eine neue Probe gemacht; dann die zurückgelassene Niere geschädigt (Injektion von Spiritus amylicus ins Parenchym oder von kantharidinsaurem Kali nach Liebreich intravenös) und wieder eine Probe gemacht. Endlich wurden die Nieren mikroskopisch untersucht. Resultate: Die Ausscheidung geschieht typisch (beginnt beim Kaninchen nach 5—10 Minuten, beim Hunde nach 10—18 Minuten, erreicht bei ersterem nach 30, bei letzterem nach 60 Minuten ihren Höhepunkt); nach Entfernung einer Niere bleibt der Typus derselbe; nach schwerer Schädigung der restierenden Niere treten bedeutende Veränderungen der Ausscheidung auf (Verspätung, Verminderung); nach leichteren sind die Veränderungen bald gering. Nach Kantharidininjektion ist zuerst — im Stadium der parenchymatösen Nephritis — die Ausscheidung wenig verändert, später — bei Übergang der Entzündung aufs Interstitialgewebe — schwer geschädigt. — Dann prüften Verff. die Probe klinisch in 43 Fällen, 30mal bei gesunden Nieren, 13mal bei kranken. Meist wurde nach Injektion der Farbe (Indigokarmin Grübler oder Brückner-Lampe) sofort das Cystoskop eingeführt und die Harnleitermündungen beobachtet. 40—160 mg rufen keine nennenswert unangenehme Folgen hervor. Die Ausscheidung beginnt nach 3 bis 8 Minuten, bei normalen Nieren spätestens bis 15 Minuten. Ver-

minderung der Menge des Getränkes (künstliche Oligurie) macht die Probe besonders deutlich. Die Probe hilft in pathologischen Zuständen der Blase die Harnleitermündungen aufzufinden, Stenosen des Harnleiters von vollständiger Undurchgängigkeit zu unterscheiden; sie erleichtert die Differentialdiagnose von Nieren- und anderen Unterleibsgeschwülsten. Bei schweren Veränderungen des Nierenparenchyms ist die Ausscheidung vermindert und verlangsamt. (Eine Ausnahme scheint parenchymatöse Nephritis zu bilden.) Bei geringen Schädigungen kann die Ausscheidung fast normal sein. Die Probe ist einfach, kann in vielen Fällen die Harnleiterkatheterisation ersetzen (wenn der gemeinsame Harn normal, klinisch aber eine Niere krank ist). Ist aber der gemeinsame Harn pathologisch, so muß man die Harnleiter katheterisieren, um die gesunde Niere zu finden.

E. Glückel (Wel. Bubny, Poltawa).

7) **Asch.** Die Urethrotomie und die Ausschabung der Strikturen in urethroskopischer Beleuchtung.

(Folia urologica Bd. I. Hft. 5.)

Die urethroskopische Untersuchung einer großen Anzahl einschlägiger Fälle zeigt, daß die Rezidive von Strikturen der Harnröhre nach Ausführung der Urethrotomia interna oder externa zurückzuführen sind auf a. nicht durchschnittene Stellen der Strikturen und b. auf narbige Wucherungen im Operationsschnitt selbst.

Jeder Urethrotomie ist daher eine urethroskopische Untersuchung nachzuschicken, und die gefundenen narbigen Wucherungen und Reste von Strikturen sind mit dem scharfen Löffel auszukratzen.

Die Behandlung der Strikturen durch Schnitt kann jedoch in den meisten Fällen durch Ausschabung mit dem scharfen Löffel ersetzt werden. Kontraindiziert ist diese bei infektiöser Erkrankung der oberen Harnwege; in diesem Falle ist die Urethrotomie auszuführen.

Bei tuberkulösen Strikturen scheint die Ausschabung keinen Erfolg zu haben.

Willi Hirt (Breslau).

8) **B. Goldberg.** Das Prostatasekret bei der sogenannten Prostatahypertrophie.

(Folia urologica Bd. I. Hft. 5.)

Die Diagnose Prostatahypertrophie erfordert nicht nur eine genaue Tastung, sondern auch die Untersuchung des exprimierten Sekretes. Bei Prostatikern, die nie gonorrhoisch und nicht durch Katheter infiziert waren, findet man dennoch sehr häufig Leukocyten im Sekret. Bei diesen ist das Sekret spärlich und schwer erhältlich.

In unmittelbarer Folge schwerer langwieriger Gonorrhöe werden ältere Männer von allen bei Prostatahypertrophie bekannten Beschwerden befallen; es handelt sich dann aber lediglich um chronische kystoparetische Prostatitis, wie sie auch jüngere Individuen befallen kann.

Das Verhalten des Lezithin im Sekret bei Prostatahypertrophie

ist zum Teil durch verminderte sekretorische Aktivität, zum Teil durch Retention, zum Teil endlich durch Wirkungen der Leukocytose zu erklären.

Willi Hirt (Breslau).

---

9) **J. Albarran.** Lésions du rein du coté opposé dans la tuberculose rénale unilatérale.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXVI. Hft. 2.)

Bei der einseitigen Nierentuberkulose kann die andere Niere Veränderungen aufweisen, die sich durch verschiedene Symptome manifestieren. Man kann fünf verschiedene Gruppen unterscheiden: 1) Es besteht eine ganz ähnlich nur wenig ausgesprochene Albuminurie mit oder ohne gleichzeitige Polyurie, die meist einige Zeit nach der Operation geringer wird und dann ganz verschwindet. 2) In anderen Fällen besteht die Albuminurie mit oder ohne Polyurie und Zylinderurie mehrere Jahre; durch kleine Ursachen kann sie schlimmer werden. 3) Eine parenchymatöse oder hydropigene Nephritis mit langsamer oder rascher Entwicklung. 4) Eine hämorrhagische Nephritis. 5) Eine einfache Zylindrurie. Alle diese klinischen Varietäten scheinen verschiedenen Graden ähnlicher Affektionen zu entsprechen. Vom klinischen Standpunkt aus genügt die Differentialdiagnose zwischen doppelseitiger Nierentuberkulose und den ebengenannten, verschiedenen, nicht spezifischen Affektionen der anderen Seite; es ist außerdem wichtig, die gutartigen Formen von den schweren zu unterscheiden. Bei den sehr häufigen Fällen von einfacher Albuminurie kann die Exstirpation der tuberkulösen Niere ohne Gefahr vorgenommen werden. Und zwar soll hier die Nephrektomie so bald als möglich vorgenommen werden, um den schädlichen Einfluß der kranken Niere auf die nicht tuberkulöse Niere zu beseitigen. Dagegen ist die Exstirpation der tuberkulösen Niere kontraindiziert in den glücklicherweise seltenen Fällen, in denen die Albuminurie nur ein Vorläufer einer schweren hydropischen Nephritis auf der entgegengesetzten Seite ist. Durch die Hinwegnahme der tuberkulösen Niere wird die Nephritis nicht aufgehalten. Die schädliche Einwirkung einer erkrankten Niere auf das Schwesterorgan kann auf verschiedene Weise erklärt werden.

Paul Wagner (Leipzig).

---

10) **Cathelin.** Le diagnostic et le traitement chirurgical de la tuberculose rénale.

(Folia urologica Bd. I. Hft. 2.)

C. hat 20mal mit einem Todesfalle wegen Nierentuberkulose die Nephrektomie gemacht. Bei einseitiger Erkrankung soll frühzeitig nephrektomiert werden. Die Infektion der anderen Niere erfolgt auf dem Blutwege vermittels des Canalis venosus reno-capsulo-diaphragmaticus.

Den Wert des Harnleiterkatheterismus für die Herabminderung der Mortalität nach Nephrektomie erkennt C. an, doch macht er andere Gründe dafür verantwortlich als Casper.

Bei Nierentuberkulose und Cystitis ist der C.'sche Urinseparator dem Harnleiterkatheter vorzuziehen. C. macht stets die extrakapsuläre Nephrektomie und empfiehlt im besonderen die stückweise Forcipressur des Hilus.

Willi Hirt (Breslau).

---

11) **S. P. Fedorow.** Über die Wanderniere.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 1.)

An der Hand von etwa 25 operierten Fällen kommt F. zu dem Schluß, daß die meisten Fälle von Wanderniere chirurgisch behandelt werden müssen. Das Leiden wird oft von Typhlokolitis begleitet, und dann muß man genau prüfen, was hier primär ist (Katheterisation des Nierenbeckens, zwecks Feststellung einer etwa vorhandenen Dilatation, Hervorrufung von Kolik durch Füllung des Beckens, Harnuntersuchung).

Zwei Fälle werden zur Illustration angeführt: in beiden Diagnose Appendicitis, einmal war sogar anderswo der Wurm exzidiert. In beiden nach Nephropexie Schwinden der Schmerzen. Fünfmal wurde gleichzeitig mit der Nephropexie die Appendektomie ausgeführt. Besonders angezeigt ist die Nephropexie in Fällen mit beständigen Schmerzen, die durch Vergrößerung der Niere (infolge Stauungshyperämie, oder chronischer Uro- oder Hydronephrose), oder durch chronische Pyelitis bedingt werden. Weiter bringt F. zwei Fälle, wo die Niere infolge cystischer Degeneration mobil wurde, und wo nach Nephropexie alle Schmerzen schwanden. Oft ist das einzige Symptom der Wanderniere häufiger Harndrang; auch hier bringt die Annähung prompte Heilung. Widerraten ist die Operation bei Hysterischen — zweimal blieb sie bei F. ohne jeden Erfolg.

Bei jeder Nephropexie exzidierte F. kleine Stückchen aus der Rindenschicht, die von Prof. Moïssejew untersucht wurden; er fand dabei stets Dilatation der gewundenen Kanälchen mit Ausfüllung durch körnige Massen und Abplattung des Epithels; eine Art vakuoläre Degeneration der Epithelzellen; Verödung und hyaline Degeneration einzelner Kanälchen; Dilatation der Bowman'schen Kapseln; entzündliche Bindegewebsproliferation zwischen den Kanälchen und in der Umgebung der zu- und abführenden Gefäße der Glomeruli — alles Veränderungen infolge Stauung des Harns und des Venenblutes, zuweilen auch durch Verminderung der Zufuhr des Blutes durch die Arterien. Ferner ließ F. durch D. P. Kusnetzki Funktionsprüfungen mit Hilfe der »Verdünnungsmethode« (experimentelle Polyurie) anstellen, welche zeigten, daß die Wanderniere etwas schlechter als die normale arbeitet. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob nach Annähung solche Nieren wieder besser arbeiten, ob durch die Operation die Funktion gebessert wird; wenn die Antwort auf diese Frage positiv ausfällt, wird die Nephropexie dadurch allein, unabhängig von den durch die Beweglichkeit der Niere verursachten Schmerzen, indiziert sein.

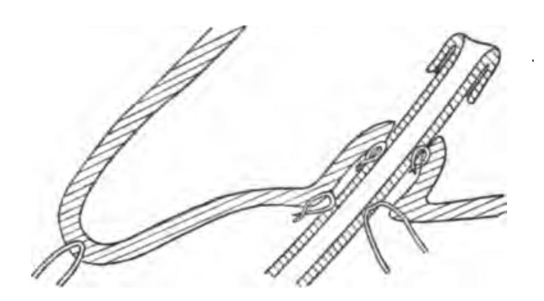
E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

---

12) **P. Lutaud.** Sur un procédé d'urétéro-cystonéostomie dans le traitement des fistules urétéro-vaginales et urétéro-cervicales.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 14.)

L. beschreibt ein Verfahren von Ricard, das er durch untenstehende Skizze erläutert. Nach medianer Laparotomie wird der Harnleiter freigemacht und möglichst nahe dem Narbengebiete durchtrennt. Sein renales Ende wird seitlich etwas gekerbt und umgestülpt.



(Bezüglich des anderen Endes bemerkt L.: M. Ricard ne s'occupe pas du bout vésical.) Die Umstülpung wird durch zwei Catgutnähte fixiert. Durch ein kleines Loch in der Blase wird der Harnleiter in die Lichtung ca. 2 cm weit eingeführt. Durch zwei Reihen die Sero-muscularis der Organe fassender Catgutnähte werden Blase und Harnleiter vereinigt.

Großes Gewicht legt Ricard darauf, daß zum Schluß die Blase durch eine Naht derart an das Beckenperitoneum geheftet wird, daß die Blase vor den Harnleiter gehoben wird, wodurch auch die Blasen-Harnleiternähte entspannt werden sollen. **V. E. Mertens** (Kiel).

---

13) **Bland-Sutton.** On the treatment of the pedicle and the ureter in nephrectomy.

(Surgery, gynaecology and obstetrics 1908. VI, I.)

Verf. betont die Notwendigkeit einer exakten Versorgung des Nierenstiels nach der Nephrektomie. Besondere Sorgfalt verdient die Isolierung des Harnleiters, die bei Nierenruptur und -geschwulst leicht ist, während sie bei Hydronephrosen Schwierigkeiten bieten kann, indem das proximale Harnleiterende in einen mehr oder minder großen Hohlraum verwandelt und von abnorm verzweigten Gefäßen umgeben sein kann.

Bei Pyonephrosen und tuberkulösen Nierenerkrankungen kann die Freilegung des Harnleiters unmöglich sein. Es ist dann nötig, einen Teil des Nierenbeckens mit in den Stumpf hineinzunehmen, wodurch jedoch Unzuträglichkeiten bedingt werden. Aus der eigenen Erfahrung — 58 geheilte Nephrektomien in den letzten 7 Jahren — erwähnt Verf. drei Fälle, in denen es infolge ungenügender Harn-

leiterfreilegung zu jahrelangen Fisteln, Abszessen und Koliken infolge Fadenabgangs durch Harnleiter und Blase kam.

Strauss (Nürnberg).

14) **A. Bittorf.** Die Pathologie der Nebennieren und der Morbus Addisonii. 166 S.

Jena, **Gustav Fischer**, 1907.

Die Arbeit will eine Klinik der Nebennierenkrankheiten geben. An die Anatomie und Entwicklungsgeschichte schließt sich ein ausführlicher Abschnitt über die Physiologie des Organs. Die experimentellen Untersuchungen ergaben folgendes: Bei Exstirpation beider Nebennieren tritt allgemeine Hinfälligkeit und Muskelschwäche, Sinken der Körpertemperatur und des Blutdruckes, Ernährungsstörungen, Haut- und Schleimhautpigmentation, zentrale Asthenie, schwere nervöse Störungen bis zu epileptiformen Krämpfen und Koma auf. Rinde und Mark sind gleich lebenswichtig. Das Organ hat wahrscheinlich eine entgiftende und sicher eine sekretorische Funktion.

Die Erscheinungen des akuten Ausfalles der Nebennieren verlaufen unter dem Bilde der Peritonitis oder eines schweren Typhus, ähnlich wie bei Pankreasblutungen bzw. Nekrose.

Bei der chronischen Nebenniereninsuffizienz sind die Erscheinungen die des Addison. Die primär idiopathische Form zeigt eine Atrophie oder chronisch interstitielle Entzündung mit Schrumpfung und Untergang des Parenchyms. Klinisch kann man vier Symptomgruppen scheiden: asthenisch-nervöse, zirkulatorische, gastrointestinale Störungen und Auftreten abnormer Pigmentationen. Häufiger als die idiopathische Erkrankung sind Tuberkulose, Syphilis und Nebennierengeschwülste. Ein häufiger Befund dabei ist die Vergrößerung des lymphatischen Apparates. Die Sympathicusveränderungen, auf die man eine Zeitlang einen großen Wert legte, sind nach der jetzigen Auffassung wahrscheinlich nur zufällige, nicht wesentliche Komplikationen.

Für die Chirurgen stehen im Vordergrunde des Interesses die Verminderung oder Änderung der Funktion der Nebennieren durch Geschwülste suprarenalen Ursprunges, die Hypernephrome. B. beobachtete in der Strümpell'schen Klinik zwei Nierengeschwülste, welche die Symptome des rudimentären Addison zeigten und beide echte Hypernephrome waren. Die Kranken zeigten Pigmentation des Gesichts, der Hohlhand und Finger, Vergeßlichkeit, leichte psychische Störungen, Senkung des Blutdruckes; die bestehende Mattigkeit und Abmagerung können auf Kosten der Geschwulst kommen. Auf die psychischen Veränderungen scheint man bisher nicht genügend geachtet zu haben. Es handelt sich anscheinend um eine abnorme Erschöpfbarkeit für ganz bestimmte Funktionen, wohl auf spezifisch toxischer Basis. Eklatante Besserung nach der Operation. Zur Erklärung sind zwei Möglichkeiten denkbar. Da ja wahrscheinlich die Nebennieren selbst gesund sind, so können die Symptome

entweder durch die Geschwülste als solche oder durch die Wirkung derselben auf die Nebennieren hervorgerufen sein. Man kann sich einesteils vorstellen, daß in den leicht zum Zerfalle neigenden Hypernephromen Sekretion vorgeht, die qualitativ geändert ist, und daß dieses pathologische Sekret die Krankheitserscheinungen hervorruft; oder, was wahrscheinlicher ist, es entstehen durch die Geschwulstzellen selbst und ihre nekrotischen Teile Stoffe, welche die Nebennierenzellen in ihrer Sekretion hemmen, so daß gar kein Sekret oder wenigstens ein verändertes entsteht.

B. geht dann auf die Pathogenese des Addison näher ein, sowie auf die Veränderungen der Nebennieren bei Intoxikationen und bei Erkrankungen anderer Organe, und gibt zum Schluß seine eigenen Untersuchungen. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

15) **J. A. Amann** (München). Ureterdeckung und Drainage bei ausgedehnter Beckenausräumung wegen Uteruskarzinom.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LXI. Hft. 1.)

Die abdominale Radikaloperation des Uteruskrebses nötigt den Operateur zu weitgehender Bloßlegung der Beckengefäße und des Harnleiters, welch letzterer nach beendigter Operation schlaff in das Becken hineinhängt. Daher entstehen im Verlaufe der Rekonvaleszenz häufig Nekrosen und Harnleiterfisteln. — A., welcher sich um den Ausbau der Technik bei der Karzinomoperation mehrfach verdient gemacht hat, sucht die sekundären Harnleiternekrosen durch sorgfältige Fixation und Deckung zu vermeiden, indem er ihn über den Stumpf der Art. uterina lagert, diese mit dem vorderen und seitlichen bzw. hinteren Bauchfell vereinigt und nach vorn und abwärts den Harnleiter in das Blasenperitoneum einwickelt. Dieses letztere wird unter Raffung der Blase mit dem vorderen Scheidenwundrande vereinigt. Die hintere Scheidenwand wird gespalten, damit der hier durchgezogene Jodoformgazedrain die tiefsten Buchten der Beckenwunde bequem erreicht. Die ganz tiefe Wandtasche wird gegen den Bauch durch die quer über das Becken gelagerte, vesikal serososerös fixierte Flexura sigmoidea und den Blinddarm abgedichtet. Die Arbeit ist durch klare Abbildungen illustriert. A. hat seit Jahren keine Harnleiterfistel mehr erlebt. **Kroemer** (Berlin).

16) **Bland-Sutton.** A clinical lecture of cancer of the ovary.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 4.)

Verf. kommt unter Anführung neuer Fälle nochmals auf seine Lehre zurück (siehe Referat im Zentralblatt 1906 Nr. 38), daß die bei Laparotomien gefundenen Ovarialkarzinome meist nicht primäre Geschwülste, sondern bereits Metastasen, und oft riesenhafte Metastasen eines kleinen Krebses an Gallenblase, Magen, Brust, Kolon sind. Die primäre Geschwulst wird bei der Operation meist übersehen wegen ihrer versteckten Lage und wegen ihrer Kleinheit. Verf. hält eine gründliche Aufbesserung unserer Lehre von den Eierstockskrebsen für

*

dringend nötig, um zur Klarheit zu kommen über die Frage, wie viele von ihnen primär, wie viele bereits Metastasen sind, und um zu erklären, warum gerade das Ovarium eine so auffallende Neigung hat, so gewaltige Metastasen aus sich zu entwickeln. **Weber** (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Aus der chirurgischen Privatklinik des Prof. Dr. Hans Kehr in Halberstadt.

Plastische Deckung eines Choledochusdefektes durch die Gallenblase.

Von

Dr. Hans Liebold.

Plastische Operationen am Ductus choledochus auszuführen, ist dann erst indiziert, wenn die sonst üblichen Methoden, durch Schluß des Defektes die Galle in den Darm abzuleiten, versagen oder auf Grund der anatomischen Verhältnisse von vornherein sich verbieten. Außer Plastiken mit Hilfe von Netzzipfeln (Enderlen und Justi) wurden solche bisher von Kehr und von v. Stubenrauch angegeben, indem sie durch Serosa-Muscularis- oder Serosa-Muscularis-Mucosalappenbildung aus der Magen- bez. Duodenalwand den Choledochusdefekt zu decken suchten. Einen anderen von Kehr in seiner »Technik der Gallensteinoperationen« p. 282 bereits angedeuteten Weg, in Fällen, bei denen die Gallenblase selbst noch zur Verfügung steht, durch einen aus der letzteren entnommenen Lappen plastische Deckung erzielen zu können, gelang unter Verwendung der gesamten Gallenblase uns erstmalig zu beschreiten. Bei der Einfachheit und Sicherheit der Ausführung sowie dem vorzüglichen Erfolge rechtfertigt sich die Veröffentlichung, um für ähnliche Fälle ihre Anwendung zu empfehlen.

Anamnese: Die 34jährige Pat. bekam 1902 nach schwerer Influenza die ersten typischen Gallensteinkoliken, die sich unter Kurgebrauch von Vichy und Karlsbad bis 1906 in erträglichen Grenzen hielten. Juli 1906 ohne vorhergegangene Anfälle plötzlich Einsetzen von Ikterus, der nach kleinen Schwankungen Oktober 1906 sehr intensiv wurde und mit Fieber bis 40° verbunden war. Im Januar 1907 wegen dieses chronischen Choledochusverschlusses Operation durch einen russischen Chirurgen, der aber, wie er uns selbst schrieb, infolge der ausgedehnten Verwachsungen den Choledochus nicht freilegen konnte. Er begnügte sich deshalb mit einer Eröffnung der Gallenblase. Resultat: Komplette Gallenfistel. Pat. ging nach Neuenahr; da dort die Fistel nicht heilte, auch Fieber und Koliken fortbestanden, Pat. wurde sie uns von dem dortigen behandelnden Internisten zugeschickt.

Befund: Sehr elende, stark ikterische Pat. Befund an Leber und Gallenblase negativ. In der Mitte des von der Operation herrührenden Pararektalschnittes eine Fistelöffnung, die Eiter absondert, aber keine Galle. Sondierung der Gallenblase nicht zu erreichen. Urin enthält Gallenfarbstoff, sonst o. B.

Diagnose: Choledochusverschluß durch Steine.

Operation: 27. Juni 1907. Czerny's Hakenschnitt. Die Fistel führt nicht in die Gallenblase, sondern in eine kleine Abszeßhöhle zwischen Bauchwand und Gallenblase. Letztere klein, geschrumpft, ringsum stark verwachsen. Mühsame Freilegung des Lig. hepato-duodenale. Pankreaskopf hart; Magen groß; Duodenum durch Adhäsionen verdeckt. Der freipräparierte Choledochus erweist sich als ein

nur gänsekielstarker Strang! Bei seiner Inzision fließt keine Galle. Auf eine Strecke im supraduodenalen Teile von 3 cm Länge ist der Gang so hochgradig verengt, daß man von einer Obliteration sprechen kann (vgl. *1—2* in Fig. 1). Sondierung der Papilla Vateri gelingt schließlich. Im Hepaticus stecken zwei Steine, die nach Spaltung des Hepaticus bis an die Leber heran entfernt werden. — Die Inzision des Choledochus hatte aber eine Querdurchtrennung des Ganges herbeigeführt, so daß zu guter Letzt die beiden Lumina über 3 cm weit auseinander gewichen waren.

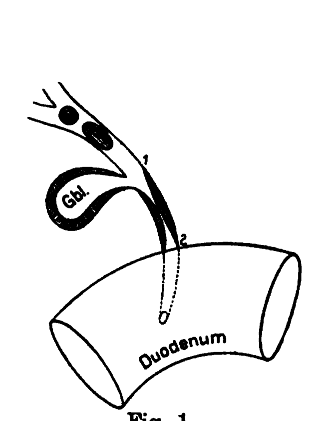


Fig. 1.
Von 1—2 enger, fast obliterierter Choledochus.

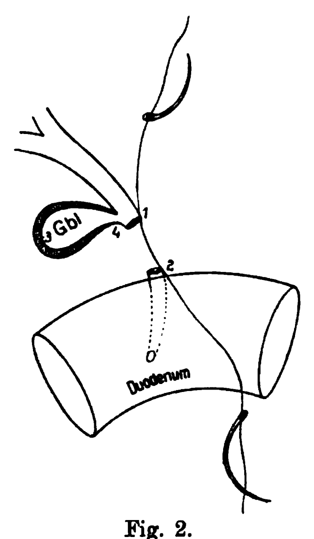


Fig. 2.
Vernähung der hinteren Choledochuswand. Spaltung der medialen Fläche der Gallenblase von 3—4.

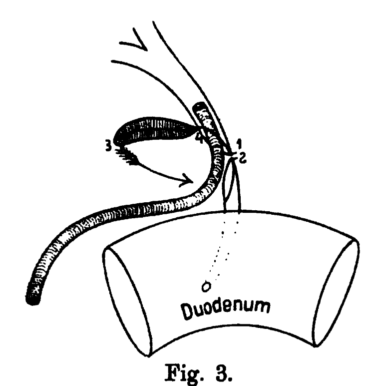


Fig. 3.
Gallenblase ist an der medialen Fläche gespalten und wird in der Pfeilrichtung auf den Choledochusdefekt gelegt. Zugleich Hepaticusdrainage.

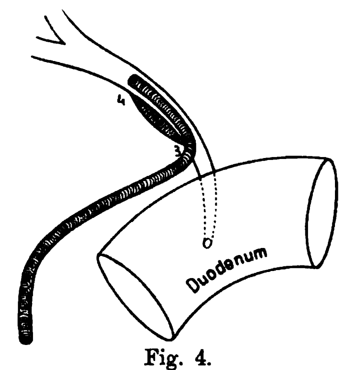


Fig. 4.
Die Operation ist beendet. Bei 3 ist die Gallenblase so auf den Choledochusdefekt aufgenäht, daß die Schleimhaut gegen die hintere Choledochuswand schaut.

Nun wird die Hinterwand des Choledochus durch Vereinigen der beiden Choledochusenden mittels dreier Suturen wieder hergestellt (vgl. *1—2* in Fig. 2). Darauf Einführen und Fixieren eines Nélaton-Schlauches in den Hepaticus (Fig. 3).

Die geschrumpfte, etwa walnußgroße Gallenblase wird vom Leberbett abgelöst und so mobilisiert, ohne daß die Art. cystica dabei verletzt wird. Spaltung der Gallenblase und des Ductus cysticus an der medialen Fläche. Dieser hierdurch entstehende Lappen wird auf den Choledochusdefekt, zugleich um das Drainrohr herum so aufgenäht, daß eine neue vordere Wand des Choledochus, die mit Schleimhaut ausgekleidet ist, sich bildet (vgl. *3—4* in Fig. 3 und sodann *3—4* in Fig. 4). Tamponade um das Lig. hepato-duodenale herum; Einführen eines Gazestreifens in die alte Bauchdeckenfistel. Dauer der Operation 70 Minuten. Den Gang derselben dürften die Fig. zur Genüge erläutern.

Verlauf: Gallenfluß während der ersten Tage sehr reichlich durch das Drainrohr. Öfters kolikartige Schmerzen und Temperatursteigerung bis 38,3°.

7. Juli. Am 10. Tage post op. Entfernung des Hepaticus-Drainagerohres; es werden zwei kleine nekrotische Gewebsfetzen herausgespült. Seitdem völlig beschwerdefrei.

14. Juli. Stuhl erstmalig leicht gefärbt, seit 20. Juli völlig normal. Verband bleibt 3—4 Tage trocken, bis Galle hindurchdringt.

10. August. Die von der früheren Operation herrührende Fistel ist geschlossen, aus dem neuen Wundtrichter tritt Galle nur noch tropfenweise aus.

31. August. Entlassung: Pat. hat sich glänzend erholt, beträchtlich an Gewicht zugenommen. Wundtrichter ist geschlossen. Ikterus ist völlig verschwunden.

1. Januar 1908. Laut Bericht ist das Befinden der Pat. dauernd ausgezeichnet.

Mit dieser neuen Methode wurde unter den gegebenen Verhältnissen zweifellos das Ziel, den Choledochus wegsam zu machen und die komplette Gallenfistel zu beseitigen, am leichtesten und sichersten erreicht. Sonst hätte man entweder eine Hepatico-Duodenostomie oder eine zirkuläre Naht ausführen müssen. Die erstgenannte Operation wäre bei den ausgedehnten Verwachsungen technisch sehr schwer und mit Rücksicht auf die Schwäche der Pat. auch zu langwierig gewesen. Und für die zirkuläre Naht war die räumliche Entfernung zwischen *1* u. *2* (vgl. die Fig.) so groß, daß die Spannung der Naht unzweifelhaft zu bedeutend geworden wäre. Wir wollen die Operation immerhin nur als Ultimum refugium ansehen, da die in das Choledochuslumem sehende Gallenblasenschleimhaut doch einmal Veranlassung geben könnte, neue Steine zu bilden, wenn in den Tiefen der Luschkaschen Gänge Steintrümmer zurückgeblieben sind. Aber der Fall bleibt ein schöner Beweis dafür, daß eine kompliziertere Plastik an den Gallengängen sehr wohl durchführbar ist.

Literatur:

Enderlen und Justi, Über die Heilung von Wunden der Gallenblase und die Deckung von Defekten der Gallenblase durch transplantiertes Netz. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. LXI. p. 235.

Ehrhardt, Zur Ätiologie der Rezidive und Pseudorezidive nach Gallensteinoperationen. Deutsche med. Wochenschr. 1907.

Kehr, Technik der Gallensteinoperationen. 1905.

Kehr, Liebold, Neuling, 3 Jahre Gallensteinchirurgie. 1908.

v. Stubenrauch, Über plastische Anastomosen zwischen Gallenwegen und Magendarmkanal zur Heilung der kompletten äußeren Gallenfistel. Verh. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir. XXXV. Kongreß. 1906.

II.

Aus der I. chirurgischen Abteilung der Budapester Bezirkskrankenversicherungskasse.

Wegen Sehnenscheidentuberkulose ausgeführte Muskelsehnenresektion; Tendomusculoanastomosis. Heilung mit vollkommener Funktion[1].

Von

Dr. Karl v. Schiller,

Operateur.

Auf der Abteilung des Herrn Oberarztes Dr. Joseph Lévai hatte ich einen Fall zu operieren wegen Sehnenscheidentuberkulose des M. extensor pollicis longi l. sin., wo nicht nur die Sehnenscheide tuberkulös erkrankt war, sondern wo auch der Muskelbauch tuberkulös erkrankt war; meiner Überzeugung nach war in diesem Falle die Muskeltuberkulose das primäre Leiden; außerdem war die Sehne aufgefasert, usuriert, so daß ich gezwungen war, ein ca. 10 cm langes Muskelsehnenstück zu resezieren. Der Defekt wurde durch doppelte Muskel-Sehnenanastomose behoben und ergab ganz tadellosen Erfolg; der Pat. wurde mit vollkommener Extensionsfunktion seiner II. Phalanx geheilt und wurde wieder gänzlich arbeitsfähig. —

Mein Fall ist folgender:

Jakob Rehoru, 23 Jahre alt, Schneidergehilfe, gibt an, daß er seit ca. 2 Jahren während der Bewegung seines linken Daumens ab und zu im unteren Drittel seines Unterarmes Schmerzen verspürt habe; nachher schwoll ihm sein Unterarm öfter an, die Geschwulst verschwand aber immer in einigen Tagen. Seit einem Jahre aber bemerkt er an seinem Unterarm eine immer größer werdende Geschwulst. Sein Vater starb mit 26 Jahren an Lungenkrankheit, seine Mutter ist am Leben und ist gesund. Er hat keine Geschwister.

Die Schmerzen wurden immer größer bei der Bewegung, ebenso nahm die Geschwulst an Größe immer mehr zu, so daß er sich am 5. Mai 1907 auf unsere Abteilung aufnehmen ließ.

Status praesens: Am linken Unterarme, über dessen radialer Seite und über dessen dorsaler Fläche, vom unteren Drittel angefangen, ist eine ca. 15 cm lange, bis zu der Mitte des Dorsum manus sin. reichende, ca. 3 cm hohe, in der Mitte 3 cm breite, im ganzen spindelförmige, über der Regio carpi eine Delle zeigende, scharfrandige Geschwulst sichtbar, über welcher die Haut livid verfärbt, in Falten abhebbar und verschieblich ist; der Tumor ist pastös, zeigt Pseudofluktuation, auf Druck etwas Schmerzhaftigkeit.

Bei Bewegung des Daumens geringer Schmerz. Die Geschwulst wird während der Extension etwas praller. Die Bewegung des Daumens ist ca. 30% geringer, namentlich in der Extensionsrichtung. Diagnose: Tendovaginitis tuberculosa extensoris pollicis longi sin.

Ich vollzog die Operation in Stellvertretung des Herrn Dr. Lévai am 6. Mai 1907 in der Chloroformnarkose.

Bei der Operation fand ich eine fungöse Tuberkulose der Sehnenscheide des M. extensoris pollicis longi sin., die Sehne hat ihren Glanz verloren, war graurot verfärbt, aufgefasert und usuriert; daneben fanden sich mehrere Corpora oryzoidea und etwas blutig opake Synovialflüssigkeit. Die Verfärbung und Auffaserung der

---

[1] Vorgestellt in der VII. Sitzung der chirurgischen Sektion des Budapester Kgl. Ärztevereins 1907.

Sehne ging in eine grauweiß verfärbte Stelle des Muskelbauches über, welche in einer Ausdehnung von ca. $1^1/_2$ cm an manchen Stellen kallös, an manchen Stellen dagegen grausulzig aussah. Es handelte sich in meinem Falle um eine wahrscheinlich primäre Muskeltuberkulose, die auf die Sehnenscheide überging und zur Usurierung und Auffaserung der Sehne führte. Deswegen konnte ich mich nicht mit der Exstirpation der Sehnenscheide allein begnügen, sondern mußte die miterkrankte Sehne und auch einen Teil des kranken Muskels mit entfernen.

Ich resezierte ein ca. 10 cm langes Muskelsehnenstück aus dem M. extensor pollicis longus sin. Um diesen Defekt zu heben, führte ich zentral eine Anastomose der Muskeln, peripher eine Anastomose der Sehnen zwischen dem M. extensor pollicis longus sin. und dem M. extensor indicis proprius sin. aus unter Anwendung. von Seidennähten. Gipsschienenverband. Am 11. Mai verließ Pat. nach total afebrilem Verlauf das Spital. Die Nähte wurden am 12. Tage entfernt. Bei dieser Gelegenheit konnte ich mich überzeugen, daß Pat. die II. Phalanx seines linken Daumens schon etwas extendieren konnte. — Heilung per primam intentionem. Nach 4 Wochen Abnahme des Gipsverbandes, vorsichtige Bewegungen. Nach 8 Wochen sind in der Umgebung der Narbe tuberkulöse kleine Abzesse und Fisteln, im ganzen sechs, entstanden, die ausgekratzt und mit Jodoformgaze tamponiert wurden. Nach der Heilung der Fisteln wurde die Extension des Daumens eine ganz ausgezeichnete, so daß Pat. am 16. September 1907 mit vollkommener Extension seines linken Daumens wieder seine Arbeit aufnehmen konnte.

Leider ging das Präparat in Verlust, so daß ich es mikroskopisch nicht untersuchen konnte. Die bakteriologische Untersuchung ergab auf Krompecher'schen Glyzerinkartoffeln typische Tuberkelbazillenkolonien.

Weil im Körper nirgends ein tuberkulöser Herd zu entdecken war und außerdem in den anamnestischen Daten jene Aussage des Pat. zu verwerten ist, daß er früher bei Bewegungen Schmerzen verspürte, und daß nach einigen Monaten sein Unterarm anzuschwellen begann, sowie daß makroskopisch in der Muskelsubstanz chronische fibröse Tuberkulose vorhanden war, so scheint es mir wahrscheinlich, daß in meinem Falle die Muskeltuberkulose das primäre Leiden war, und daß die Tuberkulose von hier auf die Sehenscheide überging und so zur Auffaserung und Usurierung der Sehne führte. Die primäre Muskeltuberkulose ist ziemlich selten, Zeller berichtet aus der Literatur 13 zweifellose Fälle und fügt 2 neuere Fälle aus der Tübinger Klinik bei. Frieda Kaiser stellte im Jahre 1905 17 unzweifelhafte Muskeltuberkulosefälle zusammen. —

Zur Hebung der durch den Defekt hervorgerufenen Funktionsstörung schien mir die doppelte Muskelsehnenanastomose als das beste. Ich hoffte weder von der Autoplastik, noch von der Heteroplastik guten Erfolg, weil diese nur bei vollkommener Asepsis des Bodens einen guten Erfolg verheißen, und das war in meinem Falle doch nicht der Fall, weil ja bei Exstirpation einer Sehnenscheidentuberkulose es sich kaum verhüten läßt, den Grund der Wunde mit Tuberkulose zu infizieren, und dieses hätte ja den Erfolg so der Auto- wie der Heteroplastik vereitelt. — Und daß dieser Gedankengang richtig war, beweist ja die nachträgliche Fistel- und Abszeßbildung, die die Heilung verlangsamte, aber zur Ausheilung kam, und daß schließlich der Kranke mit vollständiger Extensionsfunktion vollkommen arbeitsfähig wurde.

In ähnlichen Fällen, wo man wegen Tuberkulose gezwungen ist, Muskelsehnenstücke zu resezieren, empfehle ich die Tendomuskuloanastomose zur Ausführung, zur Heilung des durch die Resektion erzeugten Defektes, welche in meinem Falle eine tadellose Funktion ergab. —

E. Zeller, Über primäre Tuberkulose der quergestreiften Muskeln. Beiträge zur klin. Chir. Bd. XXXIX. Hft. 3. 1902.

Frieda Kaiser, Zur Kenntnis der primären Muskeltuberkulose. Arch. f. klin. Chir. Bd. LXXVII. Hft. 4. 1905.

---

17) **Cranwell.** Lecciones de clínica quirúrgica.

Buenos-Aires, 1908. 300 S.

Das hervorragend gut ausgestattete Werk, das eine große Anzahl farbiger Tafeln und Abbildungen bringt, berichtet über die im Jahre 1906 in der chirurgischen Universitätsklinik in Buenos Aires ausgeführten Operationen und die bei dieser Gelegenheit gehaltenen klinischen Vorlesungen. Einen großen Raum nehmen die Operationen der Echinokokkuscysten, besonders der Gehirncysten, ein, die ja auch anderweit von C. vorzugsweise bearbeitet worden sind. Ausführlich werden die Methoden der chirurgischen Behandlung des Magengeschwüres besprochen, die Gallensteinoperationen usw. Interessante Fälle von Aktinomykoseerkrankung, sowie einige außergewöhnliche Beobachtungen von bösartigen Geschwülsten an den Extremitäten seien noch erwähnt. — Das ganze Buch ist nach Inhalt und äußerem Gewand ein Beweis für die außerordentliche Leistungsfähigkeit der südamerikanischen Chirurgen, an deren Spitze, wie dies auch die Arbeiten in den Fachzeitschriften beweisen, die an dieser Stelle oft referiert worden sind, die Argentinier ihren unbestrittenen Platz haben. **Stein** (Wiesbaden).

18) **Senger.** Über eine Gefahr des Benzins zu Reinigungszwecken bei der Hautdesinfektion.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 38.)

Nach Reinigung der Haut des Gesichts und der Nasengegend mit Benzin bei einem Hasenschartenkinde trat plötzlicher Kollaps auf, der zwar überstanden wurde, aber doch so bedrohliche Erscheinungen gemacht hatte, daß S. Veranlassung nimmt, vor Anwendung des Benzins in genannten Gegenden zu warnen, vor allem rät, die Benutzung bei zarten Kindern zu unterlassen. Selbst bei Erwachsenen sind Todesfälle nach kurzem Einatmen von Benzindämpfen vorgekommen.

Langemak (Erfurt).

19) **Lord Lister.** Note on the praeparation of catgut for surgical purposes.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 18.)

Eine kurze Mitteilung über Catgutzubereitung und -Aufbewahrung. Unter den vielen Mitteln, die der berühmte Gelehrte durchgeprobt hat, bewährte sich ihm das Chromsulfat mit Zusatz von etwas Sublimat weitaus am besten. Das so behandelte Catgut ist zugkräftig, weich und wird langsam aufgesogen. Über die Zubereitung dieser Art von Catgut macht L. genaue Angaben und gibt Nachweise seiner antiseptischen und aseptischen Eigenschaften. **Weber** (Dresden).

20) **Hock** (Prag). Kongenitale Verengerungen der Harnröhre.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Drei Beiträge zur Klärung des noch wenig bekannten Krankheitsbildes.

1) Bei einem 17jährigen Schüler war die Mannigfaltigkeit der Symptome interessant: Außer dem typischen Symptom der erschwerten Harnentleerung noch Incontinentia nocturna et diurna, sowie Hämaturie, zwei bei der angeborenen Striktur sehr seltene Erscheinungen. Die Urethrotomia externa brachte Heilung.

2) Der zweite Fall zeigt in klassischer Weise den deletären Einfluß lange dauernder Stauung bei angeborener Striktur. Außer einer Verengung am Orificium externum bestanden bei dem 47jährigen Pat. noch zwei enge Stellen. Urämische Darmstörungen hatten schon vorher bestanden und das Krankheitsbild verschleiert. Der Fall endete unter den Erscheinungen der Harnkachexie letal.

3) Eine Verengerung des Orificium externum hatte bei dem 17jährigen Pat. erschwerte Harnentleerung verursacht. Spaltung und Naht brachten Heilung. Nach 2 Jahren erneute Beschwerden; es fand sich in der Gegend des Bulbus eine sehr enge Striktur. Gonorrhöe war nie vorhergegangen.

Das Vorkommen von mehreren Verengerungen der Harnröhre spricht für angeborene Striktur. In weniger klaren Fällen wird man mit Rücksicht auf die

Häufigkeit der Infektionskrankheiten im Kindesalter stets die Möglichkeit einer solchen Ätiologie zu erwägen haben. **Langemak** (Erfurt).

21) **J. Elscat.** Malformations congénitales et acquises de l'urèthre.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXVI. Hft. 1.)

Verf. berichtet über vier Fälle von angeborenen und erworbenen Mißbildungen der Harnröhre. Im ersten Falle handelt es sich um einen 5jährigen Knaben mit kongenitalem Divertikel des kavernösen Teiles der Harnröhre. Im Anschluß hieran hatte sich eine urinhaltige Tasche gebildet. Nach Exstirpation derselben trat Heilung ein. — Der zweite Fall betraf einen 18jährigen Kranken mit kongenitalem Divertikel der hinteren Harnröhre. Im skroto-perinealen Winkel hatte sich ein etwa eigroßer, urinhaltiger Abszeß gebildet. Der Müller'sche Kanal persistierte teilweise. Exstirpation der Tasche; Heilung. — Im dritten Falle handelte es sich um einen 55jährigen Kranken mit sehr enger, harter Striktur der Pars cavernosa urethrae und mit ausgesprochener retrostrikturaler Harnröhrenerweiterung. Urethrotomia externa, Blasendrainage. Tod 12 Tage später unter den Symptomen einer akuten Nephritis. — Der vierte Fall endlich betraf einen 31jährigen Kranken mit kongenitaler Inversion des Penis und mit kongenitaler und gonorrhoischer Harnröhrenstriktur. Divertikel in der Pars membranacea prostatica. Besondere Schwierigkeiten beim Katheterisieren. **Paul Wagner** (Leipzig).

22) **Soubeyran.** Traitement de l'hypospadias pénien juxta-balanique par la mobilisation de l'urètre avec collerette méatique.

(Archives générales de chirurgie Bd. I. Hft. 6.)

Bei einem 10jährigen Knaben wurde die Beck-Bardenheuer'sche Hypospadieoperation versucht, obwohl die Harnröhrenmündung über 1 cm hinter der Eichelfurche lag. Um die zu starke Spannung der Harnröhre zu vermeiden, wurde dieselbe ausgiebig durch einen Kreuzschnitt freigelegt und dann in die Eichel an gehöriger Stelle eingenäht, nachdem auch in der Eichel ein reichlich weiter Kanal geschaffen und durch Drehung der Messerschneide ebenfalls kreuzförmig gestaltet worden war.

Die ursprüngliche Harnröhrenmündung wurde in der neugeschaffenen kreuzförmigen Eichelöffnung in der Weise fixiert, daß durch jeden der vier Zipfel des Kreuzschnittes eine Naht gelegt wurde. Zwei weitere Catgutfäden befestigten die Harnröhre an das Corpus cavernosum des Gliedes.

Der Erfolg der Operation war ein recht guter. **Strauss** (Nürnberg).

23) **Castaño.** Calculo uretral de grandes dimensiones.

(Revista de la sociedad med. argentina Bd. XV. Nr. 86.)

Mitteilung eines Falles von Harnröhrenstein von ganz ungewöhnlichen Dimensionen bei einem 28jährigen Manne. Der Stein saß in der Pars membranacea, war 6,5 cm lang, hatte einen Umfang von 13 cm und wog 100 g.

Stein (Wiesbaden).

24) **R. v. Hippel.** Fremdkörper der Harnröhre mit ungewöhnlichen Komplikationen.

(Med. Klinik 1908. p. 155.)

Tripper, harter Schanker, undurchgängige narbige Harnröhrenverengerung im vorderen und mittleren Drittel der Pars cavernosa, Fremdkörper in der Pars membranacea eines schwachsinnigen Mannes. Amputatio penis; im Anschluß daran Extraktion eines 20 cm langen Baumästchens aus der Pars membranacea. Verf. glaubt, daß zuerst der Fremdkörper eingebracht wurde, zur Striktur führte, und daß schließlich ein Tripper und Syphilis hinzukam. **Georg Schmidt** (Berlin).

25) **Chworostanski.** Blasensteine und Rachitis.

(Chirurgia 1907. Nr. 133. [Russisch.])

Im Juli 1905 hatte C. in der gleichen Zeitschrift einen Bericht über die Untersuchung von 34 Fällen gebracht, wo auf das Zusammentreffen der beiden

Erkrankungen hingewiesen wurde. Jetzt führt C. 67 Fälle an, bei denen er in 93% das gleiche Zusammentreffen einwandfrei feststellen konnte. In der letzten Reihe finden sich zum erstenmal zwei Mädchen, während er es bisher ausnahmslos mit Knaben in den ersten Lebensjahren zu tun gehabt hatte.

Verf. hat sich in vorliegender Arbeit auf chemische oder pathologische Erörterungen nicht eingelassen und bringt nur das Material an Krankengeschichten. Ob er in der ersten Arbeit zu irgendwelchen Erklärungen oder Schlüssen kommt, ist mir nicht bekannt. Der Jahrgang liegt mir nicht vor.

Oettingen (Berlin).

26) **Rudneff.** Über Sectio alta und metallische Blasennaht nach Rasumoffsky.

(Chirurgia 1907. Nr. 133. [Russisch.])

R. hat in 27 Fällen die metallische Blasennaht nach Rasumoffsky ausgeführt (s. Zentralbl. f. Chir. 1907, Nr. 18, p. 516) und ist mit der Methode sehr zufrieden. Er hat es bei 27 Fällen allerdings nur auf 74% pr. int. gebracht, doch kann das der Methode nicht zur Last gelegt werden, da Kopyloff bei 40 Fällen bereits 90% pr. int. verzeichnen konnte. Betreffs Ausführung der Naht ist auf das oben genannte Referat (mit Abbildung) hinzuweisen. R. geht in der Indikation zur metallischen Blasennaht viel weiter als Rasumoffsky, indem er auch bei leicht zersetztem Harn die Blase mit Draht schließt, empfiehlt aber, in den unteren Wundwinkel einen Bausch zu schieben, um im schlimmsten Falle einer sich bildenden Fistel den Weg vorzuzeichnen. Zugleich gibt R. den Rat, die Drahtenden nicht zu fest über dem Bausch zusammenzuziehen, weil sonst durch den Druck zirkuläre Nekrosen mit anschließender Infektion der Stichkanäle drohen.

Oettingen (Berlin).

27) **N. Burdenko.** Ein Fall von intraperitonealer Harnblasenruptur. Heilung.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Dieser von Zoege von Manteuffel operierte Fall ist unter den operierten, die in Heilung ausgegangen sind, der 52.

Der 34jährige Mann fiel beim Raufen rücklings, und sein Gegner fiel ihm sitzend auf den Bauch. Er wurde zunächst bewußtlos, konnte aber nachher gehen. Trotz Harndrang konnte er nicht urinieren, und wiederholter Katheterismus förderte immer nur wenig blutigen Harn zutage. Nachts Erbrechen und Schmerzen. 30 Stunden nach der Verletzung Einlieferung in die Klinik. Heftige Schmerzen im leicht aufgetriebenen Leibe, Singultus. Dreieckige Dämpfung von der Symphyse aufwärts bis zum Nabel. Links seitlich reichte die unverschiebliche Dämpfung bis gegen die Rippen. In der Blase fanden sich 600 ccm fleischwasserfarbenen Urins. Diagnose: Blasenruptur unbekannter Lokalisation.

Operation: Sectio alta, Ausräumung eines »Hämatoms auf der Blasenwand«. Von der Blase aus, in der Darmschlingen lagen, konnte ein 4—6 cm langer Riß in ihrem Scheitel festgestellt werden. Eröffnung des Peritoneums; injizierte, geblähte Därme, stellenweise mit Fibrinbeschlägen und Adhäsionen. Reichliche Mengen Urin wurden ausgetupft. Zweietagige, hinten beginnende Seidenknopfnaht der Blase. An die Naht wurde ein Mikulicztampon gelegt. Die Blase wurde drainiert, weil Pat. neben einer alten Striktur eine seit wenigen Tagen exazerbierte Gonorrhöe hatte. Vom 10. Tag ab wurde die Blase gespült. Entfernung des Tampons erst am 12. Tage, der Drainage am 14. Tage.

Pat. verließ die Klinik völlig geheilt nach 38 Tagen.

V. E. Mertens (Kiel).

28) **Calabrese.** Tubercolosi della vescica urinaria e sua cura chirurgica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1908. Nr. 14. — Soc. med.-chir. di Bologna.)

Die Blasentuberkulose eines Mannes, der nacheinander zwei später an Miliartuberkulose gestorbene Schwestern zu Frauen hatte, wurde mit gleichzeitiger Sectio

alta und Anlegung einer perinealen Blasenfistel behandelt und ist seit 19 Monaten geheilt geblieben. C. hält das angegebene Verfahren für angebracht bei nicht ulzerierten Blasentuberkulosen. **Dreyer** (Köln).

29) **A. Popescu.** Ein neuer operativer Vorgang zur Heilung der nach der Operation vesikovaginaler Fisteln auftretenden Harninkontinenz.

(Revista de chirurgie 1908. Nr. 1.)

Nach Operationen von Blasen-Scheidenfisteln bleibt oft Harninkontinenz zurück, die Verf. auf Zerrungen, denen die Blase und der Harnkanal von seiten der Scheide durch die Operationsnarbe ausgesetzt sind, zurückführt. Man findet infolgedessen die Mündung der Harnröhre viel mehr nach hinten verlegt, als dies gewöhnlich der Fall ist; die Schleimhaut ist nach außen umgestülpt und die Harnröhre steht offen. Um dem entgegen zu arbeiten, hat Verf. folgenden Operationsmodus durchgeführt. Durch einen die Harnröhrenmündung umgebenden Zirkelschnitt, der in die Tiefe verlängert wird, legt man einen Teil der vorderen Harnröhre frei. Die Schleimhaut gegen die Klitoris hin wird gespalten, und in die derart gespaltene Rinne die abpräparierte Harnröhre hineingelegt und viel höher, als sie sich bisher befunden hatte, fixiert. Darüber werden die zu beiden Seiten abgelösten Schleimhautstücke genäht, wodurch auch eine Verengerung der Harnröhre erzielt wird.

E. Toff (Braila).

30) **A. v. Khautz jun.** Anurie bei Douglasabszeß. (Aus der chirurg. Abteilung der Rudolfstiftung in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Ein 16jähriger Bursche wurde mit der Diagnose »Harnretention« eingeliefert. Die Untersuchung ergab die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Douglasabszesses nach Appendicitis; der Katheter entleerte nur einige Kubikzentimeter Urin. Demnach bestand eine mehr als 24stündige Anurie. Bald nach Eröffnung des Abszesses vom Mastdarme her ging Urin ab.

Die Anurie ist wohl kaum als rein renal anzusehen. Am wahrscheinlichsten ist, daß der prall gefüllte Abszeß die Harnleiter komprimierte wie eine Ovarialcyste. Auch eine Fortpflanzung des entzündlichen Prozesses und dementsprechende Schwellung der Harnleiter kann vielleicht angenommen werden. Eine Hydronephrose war nicht nachweisbar, braucht auch nicht immer bei Verschluß der abführenden Wege zu entstehen. — Literaturangabe. **Renner** (Breslau).

31) **E. Desnos.** Urétère surnuméraire ouvert dans le vagin. Urétéroneocystostomie. Guérison.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXV. Hft. 24.)

Der vorliegende Fall betraf ein 17jähriges Mädchen, das Verf. bereits als 5jähriges Kind wegen Incontinentia urinae untersucht hatte. Damals konnte keine sichere Diagnose gestellt werden; jetzt aber ergab eine genaue Untersuchung in Narkose, daß Urin durch eine feine Öffnung in der linken Scheidenwand austrat. Weitere Untersuchungen ergaben, daß der Urin nicht aus der Blase kam. Die Cystoskopie ergab nur eine deutliche rechte Harnleitermündung. Verf. nahm deshalb an, daß der linke Harnleiter abnorm in die Scheide ausmündete. Hoher Blasenschnitt; es fand sich auch eine ganz normale linke Harnleitermündung. Es konnte sich also nur um einen überzähligen Harnleiter, resp. um eine abnorme Gabelung des einen Harnleiters handeln. Verf. machte eine Ureteroneocystostomie, indem er den überzähligen Harnleiter durch eine kleine Inzision in das Blasenlumen einnähte. Heilung. **Paul Wagner** (Leipzig).

32) **H. Mohr.** Harnleiterverengerung als Spätfolge eines Beckenbruches.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen Bd. XIV. Hft. 11.)

Der Fall, der allerdings weder durch Autopsie in vivo, noch durch die pathologisch-anatomische Untersuchung gesichert ist, betraf einen 31jährigen Kranken

mit Bruch in der Gegend der linken Kreuz-Darmbeinfuge. Wahrscheinlich kam es infolgedessen zu einer starken Blutansammlung im linken M. ileopsoas und besonders zwischen ihm und dem Bauchfellüberzuge. Der Harnleiter lag in seinem Verlauf über dem Muskel in dieser Bluthöhle. Nach allmählicher Aufsaugung und Organisation des Blutes wurde er vom neugebildeten, später schrumpfenden Narbengewebe immer fester umsponnen und seine Lichtung durch narbige Umschnürung oder durch Zerrung und Knickung schließlich soweit verlegt, daß Störungen des Urinabflusses eintraten. In den ersten $1^1/_4$ Jahren nach dem Unfalle machten diese Veränderungen anscheinend nur geringe Beschwerden; erst dann traten die Erscheinungen einer intermittierenden Hydronephrose auf, ohne fühlbare Erweiterung des Nierenbeckens und Harnleiters. Die Beschwerden haben in den letzten Monaten nicht zugenommen. **Paul Wagner** (Leipzig).

33) **E. Rouffart.** Abouchement des urétères dans le gros intestin.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1907. Nr. 8 u. 9.)

Bei einer 28 Jahre alten Frau mit Krebs des Uterus mußte R. Uterus, Ovarien, Adnexe und einen Teil der Blase entfernen. Er machte dann zunächst die Einnähung der Harnleiter in die zugenähte Blase. Alsbald kam ein Rezidiv des Karzinoms, so daß nun die ganze Blase entfernt und die Harnleiter in den Dickdarm eingenäht wurden. Heilung. 3 Monate nach der Operation schreibt die Operierte, daß es ihr gut geht. R. gibt eine Übersicht über die einschlägige Literatur.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

34) **G. Bolognesi.** Le matérial de suture et sa stérilisation étudiés dans la réparation du rein.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXV. Hft. 23.)

Die breit angelegten, sehr interessanten experimentellen Untersuchungen des Verf.s kommen darauf hinaus, daß im Nierenparenchym alle Arten von Nahtmaterial angewendet werden können, vorausgesetzt, daß eine sorgfältige Sterilisation der Fäden stattgefunden hat. Bei auf antiseptischem Wege sterilisiertem Nahtmaterial und bei durch Glühhitze sterilisierten Metallfäden kommt es leicht zu den Erscheinungen einer »Dégénérescence calcaire«; diese Erscheinungen treten niemals ein bei auf aseptischem Wege, d. h. durch Hitze sterilisierter Seide.

Paul Wagner (Leipzig).

35) **Hoffmann.** Nephritis following external applications of balsam of Peru.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 25.)

Ein 7jähriger Knabe war an Krätze erkrankt und wurde 2mal täglich mit 10%iger Perubalsamsalbe behandelt; innerhalb 5 Wochen war die Heilung beendet. Es war stets der ganze Körper eingerieben worden.

3 Wochen nach beendeter Kur war eine schwere Nephritis vorhanden mit Ascites, schweren Ödemen der ganzen Körperoberfläche, gespanntem frequentem Puls und dem Befunde schwerer hämorrhagischer Entzündungserscheinungen der Nieren im Urin.

Heilung unter bekannter Therapie in 2 Monaten.

Es ist also bei Anwendung dieses mit Recht so beliebten Mittels Vorsicht geboten. **W. v. Brunn** (Rostock).

36) **F. Schmidt.** Über einseitigen Nierenmangel bei Übergang der Ureter in die Samenblase.

(Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. XLII. p. 516.)

Im Jahre 1906 kamen im Leipziger pathologischen Institut zwei Fälle zur Sektion, in denen bei rudimentärer Niere der einen Seite der Harnleiter in die Samenblase derselben Seite einmündete. Außerdem findet sich in der Sammlung des Instituts ein aus dem Jahre 1901 stammendes Präparat, das ähnliche Verhält-

nisse zeigt. In der Literatur hat Verf. noch elf in diese Rubrik gehörende Fälle gefunden, sodann drei mit Kommunikation zwischen Harnleiter und Ductus ejaculatorius. Entwicklungsgeschichtliche Betrachtungen beschließen die interessanten Mitteilungen. **Paul Wagner** (Leipzig).

37) **B. Rossi.** Contributo alla cura delle lesioni traumatiche del rene.
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1908. Nr. 11. — Soc. di med. e biol. di Milano.)

Unter sechs sämtlich glücklich auslaufenden Fällen von Nierentraumen wurden drei konservativ, einer 20 Stunden nach der Verletzung wegen bedrohlicher Blutung und zwei Fälle 8 bzw. 12 Tage nach der Verletzung wegen des Auftretens entzündlicher Erscheinungen operativ behandelt. Selbst in einem der letzten Fälle wo eine Hälfte der Niere vom Hilus völlig abgetrennt war und deshalb entfernt werden mußte, wurde die Funktion dieser Niere, wie die Cystoskopie lehrte, erhalten, wenn auch weniger Urin als von der anderen abgesondert wurde.
Dreyer (Köln).

38) **E. Bircher.** Die Behandlung der Nierentuberkulose mit Röntgenstrahlen. (Aus der chirurgischen Krankenanstalt zu Aarau. Dr. H. Bircher.)
(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

B. berichtet über zwei Fälle von Nieren- und Blasentuberkulose (im ersten Falle beiderseits), in denen durch die tägliche Bestrahlung der Nieren eine erhebliche Besserung (Klarwerden des Urins, Abnahme des Eiweißgehalts, Schwinden der Tuberkelbazillen, Fieberabfall, zunehmende Kräftigung des allgemeinen Zustandes) von 2—3 Jahre langer Dauer zu beobachten war. Die Bestrahlung muß vorsichtig ausgeführt werden, um eine schädliche Einwirkung auf die Epithelien des Nierenparenchyms zu vermeiden; ihre günstige Wirkung dürfte auf der Erzeugung einer interstitiellen Bindegewebswucherung mit nachfolgendem Zerfall der Tuberkelelemente beruhen.

B. empfiehlt das Verfahren für die nicht operationsfähigen Fälle bzw. bei den die Operation verweigernden Kranken. **Kramer** (Glogau).

39) **K. Fischer.** Ein Beitrag zur Nierenchirurgie.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 736.)

Die Arbeit bringt zwei interessante Beiträge zur Chirurgie der Nieren:

1) Ein 34jähriger Mann litt seit seiner Jugend an leichten Schmerzen in der Oberbauchgegend, die, seit ein Trauma diese Körpergegend betroffen hatte, zunahmen. Es kam vor allem zu Magensymptomen, zu Appetitlosigkeit und Verstopfung, Abmagerung und Schlaflosigkeit. Durch Aufblähung des Magens und Darmes ließ sich feststellen, daß die große Geschwulst im linken Hypochondrium retroperitoneal lag und nicht der Milz angehörte.

Im übrigen schwankte die Diagnose zwischen Pankreascyste und Hydronephrose, welch erstere als wahrscheinlicher angenommen wurde, da der Urin völlig normal war, und man bei der Cystoskopie Urin aus der Harnleitermündung ausfließen zu sehen glaubte, was sich als Irrtum herausstellte.

Bei der Operation erwies sich die Geschwulst als Hydronephrose. Diese wurde nach Abschluß der freien Bauchhöhle durch Vernähung ihres Bauchfellüberzuges mit dem Peritoneum der vorderen Bauchwand durch Punktion entleert und dann exstirpiert. Tamponade. Glatte Heilung.

Der Cysteninhalt enthielt außer Harnbestandteilen ein saccharifizierendes Ferment, so daß auch eine Probepunktion keinen sicheren Aufschluß gegeben hätte. Ursache der Hydronephrose war eine zirkuläre Einschnürung am Anfangsteile des Harnleiters, die sich in das Nierenbecken einstülpte und vielleicht traumatisch bedingt war.

2) In dem anderen Falle handelte es sich um eine hydronephrotische Steinniere, die bei einer 29jährigen Pat. seit 5 Jahren durch Koliken und Griesabgang,

Urintrübung, Schüttelfröste, Nierenschmerz usw. sich bemerkbar machte. Die Niere war nicht tastbar; der Gesamturin war trübe, enthielt rote und weiße Blutkörperchen, Nierenepithelien, Zylindroide und hatte ein niederes spezifisches Gewicht von 1013—1015. Cystoskopisch ließ sich feststellen, daß die andere Niere normalen Urin absonderte, während aus dem rechten Harnleiter der erwähnte krankhafte Urin mit einem Gefrierpunkt von 0,545—0,555 abfloß. Die Phloridzinprobe fiel beiderseits negativ aus.

Nachdem durch Röntgenaufnahmen die Anwesenheit von Nierensteinen und durch Harnleiterkatheterismus deren Lage außerhalb des Harnleiters festgestellt war, konnte die Diagnose auf eine hydronephrotische Steinniere von etwa der Größe des normalen Organs gestellt werden. Die lumbale Nephrotomie bestätigte die Diagnose. Die noch reichlich parenchymhaltige Sackniere wurde nach Zondeck gespalten, es wurden drei große und mehrere kleine Steine entfernt, und als sich am Abgange des Harnleiters ein Ventilverschluß herausstellte, wurde eine Ureterplastik nach Art der Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz ausgeführt. Naht der Niere mit Catgut. Drainage des Nierenbeckens bis in den Harnleiter. Es erfolgte glatte Heilung; nach einem Jahre war die Fistel geschlossen und die Pat. voll arbeitsfähig. **Reich** (Tübingen).

40) **Tedenat.** Hypernéphromes du rein.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXV. Hft. 24.)

Verf. beobachtete eine 57jährige Kranke mit linksseitiger Nierengeschwulst; verschiedene Anfälle von heftigen Nierenkoliken und von stärkeren Hämaturien. Die Nephrektomie ergab ein gänseeigroßes Hypernephrom. Die Heilungsdauer beträgt bisher $7^1/_2$ Jahre.

In einem zweiten Falle von Nephrektomie wegen Hypernephrom — 46jähriger Mann — traten 2 Jahre später Metastasen in der Leber auf. Ascites; rasch fortschreitende Kachexie, Tod. **Paul Wagner** (Leipzig).

41) **Lejars.** Tumeur polykystique pararénale combinée à deux reins polykystiques.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXIII. p. 272.)

In Anamnese und klinischem Befund wurde kein Anhalt für eine Geschwulst des uropoetischen Systems gefunden, vielmehr bei bestehender habitueller Verstopfung an eine Dickdarmgeschwulst gedacht. Bei der Laparotomie wurde dann eine retroperitoneale Geschwulst von Nierenform mit deutlichem Hilus und Polen entfernt, die 270 g wog und viele Cysten aufwies. Man hielt sie für eine Cystenniere. Die Autopsie brachte das überraschende Resultat, daß die entfernte Geschwulst pararenal war, daß beide Nieren cystisch degeneriert waren, und daß gleichzeitig die Leber an der Unterfläche mehrere kleine Cysten zeigte, die nicht tief in das Parenchym eindrangen. **Kaehler** (Duisburg-M.).

42) **O. Hanasiewicz.** Hodenhautgangrän nach Gebrauch von Jodtinktur.

(Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Die wegen einer Epididymitis mehrfach aufgepinselte Jodtinktur hatte bei dem 19jährigen Manne zu außerordentlich umfangreicher Gangrän des Hodensackes geführt, so daß beide Hoden freilagen und der große Hautdefekt mit Thiersch-schen Transplantationen gedeckt werden mußte. **Kramer** (Glogau).

43) **P. Delbet.** Noyaux d'épididymite blennorrhagique améliorés par les injections interstitielles de thiosinamine.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. Bd. XXVI. Hft. 1.)

Der Fall betraf einen 17jährigen Kranken. Verf. machte im ganzen 5 Injektionen von 5—10 Tropfen einer 10%igen Lösung. Besserung des lokalen Zustandes, besonders auch der Schmerzen. **Paul Wagner** (Leipzig).

44) **Fox.** Focal nekroses in the testicle in typhoid fever.

(Bull. of the Ayer clin. laboratory of Pennsylvania hospital 1907. Nr. 4.)

F. fand als Sektionsbefund unter 26 Fällen von Typhus in 12 herdförmige, oft multiple Nekrosen in den Hoden, die nach F.'s Untersuchungen durch Toxinwirkung der Typhusbazillen zustande kommen; letztere konnten siebenmal nachgewiesen werden. **Mohr** (Bielefeld).

45) **G. W. Nicholson.** New growths of the testicle.

(Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Das Material setzt sich zusammen aus 24 Fällen von Karzinom, sämtlich Medullarkrebse, kein Scirrhus. Nur von 9 Pat. gelang es etwas über das spätere Schicksal zu eruieren. Davon lebte einer noch nach 5 Jahren, einer nach 4, einer nach 3 und einer nach 1 Jahre nach der Operation. Zwei starben bald nach der Operation, einer war nach 18 Monaten sterbend.

Unter sieben Fällen von Rundzellensarkom starben zwei noch im Hospital, einer 2 Monate später, über das Schicksal der anderen ließ sich nichts ermitteln.

Von den sechs wegen Endotheliom Operierten sind bei einem Kranken 4, beim anderen 2 Jahre seit der Operation verflossen, ein 75jähriger Pat. starb 3 Monate später, über die anderen ließ sich nichts erfahren.

Auffallend groß ist die Zahl der wegen Embryom Operierten. N. rechnet dazu im Sinne von Wilms die Dermoide und Teratome, sowie die zahlreichen Mischgeschwülste, da sich in ihnen die dreiblättrige Keimanlage nachweisen läßt. Der jüngste Pat. war 1 Jahr 10 Monate alt. Drei Todesfälle innerhalb des 1. Jahres wurden N. bekannt; ein Kranker lebte noch nach 6, einer nach 10 Jahren, über die übrigen konnte er nichts erfahren.

Gesondert bespricht er vier Fälle von Chorionepitheliom, bei welchem Langhans'sche Zellen und Syncytium nachgewiesen wurde. Zwei Todesfälle 6 Wochen nach der Operation. Ein Kranker hatte nach 6 Wochen ausgedehnte Metastasen; über den vierten konnte N. nichts ermitteln. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

46) **Le Conte and Crispin.** A case of sarcoma of a retroperitoneal undescended testis strangulated by a twist.

(Bull. of the Ayer clin. laboratory of Pennsylvania hospital 1907. Nr. 4.)

Die Erkrankung begann bei dem 28jährigen Pat. akut unter den Erscheinungen einer Appendicitis perforativa mit schmerzhafter Geschwulstbildung in der rechten Darmbeingrube. Hodensack und Leistenkanal waren beiderseits ohne Hoden, Penis normal entwickelt. Operation mit der Diagnose: Wurmfortsatzperitonitis. Im Bauche nur geringe Mengen blutigen Serums; blauschwarz verfärbte, orangengroße, einer torquierten Eierstockscyste gleichende Geschwulst mit einem nach dem rechten inneren Leistenringe zu verlaufenden Stiele; die Geschwulst war um 360° um ihre Achse gedreht und entsprach offenbar dem ektopischen rechten Hoden. Der linke Hoden konnte in der Bauchhöhle nicht nachgewiesen werden. Nach Abtragung der Geschwulst glatte Heilung. Die sehr eingehend mitgeteilte Untersuchung des Präparates ergab, daß eine Stieldrehung des von einem Rundzellensarkom ergriffenen ektopischen Hodens vorlag.

Zwei ähnliche Literaturfälle werden kurz mitgeteilt. **Mohr** (Bielefeld).

47) **Edgar.** Breisky's Kraurosis vulvae: four cases, three of them complicated with epithelioma.

(Glasgow med. journ. 1907. Dezember.)

Ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten von vier selbst beobachteten und operierten Fällen von Kraurosis vulvae; in drei dieser Fälle waren zugleich karzinomatöse Veränderungen nachzuweisen. Genaue Beschreibung der histologischen Verhältnisse.

Jedesmal wurde die ganze Bedeckung der Vulva vom Mons veneris bis zur Afteröffnung, einmal dazu noch die ganze Umgebung des Afters exstirpiert.

Die erste Pat. starb 2 Jahre nach dem Eingriff, die zweite war nach 2 Jahren noch gesund, die dritte noch nach 3 Monaten, die vierte war erst kurz vor der Publikation operiert worden. Alle wurden durch den Eingriff von ihren Beschwerden befreit. **W. v. Brunn** (Rostock).

48) **H. T. Hicks.** Primary embolic chorion-epithelioma of the vagina. (Guy's hospital reports Bd. LXI.)

Eine 28jährige Frau, die an einer Lungenentzündung erkrankte, bekam Vaginalblutungen. Es wurde eine Blasenmole mit $5^1/_2$monatigem Fötus ausgestoßen. Kurz danach fand man auf der Hinterseite der Scheide einen haselnußgroßen Geschwulstknoten, der in Lokalanästhesie entfernt wurde. Mikroskopisch Langhanssche Zellen und Syncytium, keine Chorionzotten. Nach $1/_2$ Jahr erstes Rezidiv, 6 Wochen später zweites, wieder 3 Wochen später drittes Rezidiv. Tod 11 Monate nach Ausstoßen der Blasenmole. Der interessante Sektionsbefund zeigte den Uterus, der doch die Blasenmole enthalten hatte, frei von Geschwulst. In der reehten Lunge Metastasen. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

49) **A. E. Barker.** A second report on clinical experiences with spinal analgesia: with a second series of one hundred cases. (Brit. med. journ. 1908. Februar 21.)

B. berichtet über das zweite Hundert seiner Lumbalanästhesien (s. Ref. in d. Ztbl. 1907, Nr. 29). Vermehrte Erfahrung und Übung besserten seine Ergebnisse wesentlich in Rücksicht auf Gefahr, Sicherheit, Gleichförmigkeit, Minderung der unangenehmen Folgeerscheinungen. Diese Besserung führt er zurück auf die richtige Einschätzung der Rolle, die die spezifische Schwere der eingespritzten Flüssigkeit beim Zustandekommen der Analgesie spielt. Damit stellt sich B. in bewußten Gegensatz zu Dönitz, den Vertreter der Bonner Schule. Dönitz behauptet, daß die Höhenausdehnung der Analgesie abhängig ist von der Bewegung des Liquor cerebrospinalis und nicht etwa von der spezifischen Schwere der eingespritzten Flüssigkeit. Mit diesem Satze steht B.'s Lehre in geradem Widerspruch. Er behauptet und beweist uns, daß es außer dem Lagewechsel des Kranken und insbesondere der Beckenhochlagerung auch noch andere und wahrscheinlich bessere Mittel gibt, die Höhenausdehnung der Analgesie zu steigern und zu umschreiben, und zwar mit verhältnismäßig kleinen Dosen. Dieses Mittel ist nach B. die größere spezifische Schwere der eingespritzten Flüssigkeit. Spritzt man nämlich in sitzender Stellung ein und legt den Kranken ohne unnötige Bewegungen ganz sachte auf den Rücken, so beschränkt sich die Analgesie auf den Damm, während die Beine meist noch Empfindung haben. Weiter: spritzt man in Seitenlage ein und legt den Kranken auf den Rücken, wiederum, wie vorher, mit erhöhtem Kopf und Schultern, so reicht die Anästhesie bis zur 6. und 7. Dorsalwurzel und höher; d. h. die spezifisch schwerere Flüssigkeit (1,0230) sinkt an die tiefsten Stellen, während der Liquor (1,0070) im Ruhezustand verharrt. Bleibt aber der Kranke nach der Einspritzung auf der Seite liegen, so wird nur das Bein der betreffenden Seite gelähmt. So können wir also unter Benutzung der Biegungen der Wirbelsäule durch Ausgleichungen und Hebungen mit untergeschobenen Kissen hohe und tiefe Anästhesie erzeugen mit Hilfe der spezifischen Schwere der Flüssigkeit und sie vom Kopf und Hals fernhalten, wenn wir wollen. Ferner können wir auf diese Weise mit kleinen Dosen auskommen. Beckenhochlagerung ist überflüssig, jede unnötige Bewegung des Körpers stört die feine Begrenzung der Analgesie. Schwierigkeiten ergeben sich nur bei Steifigkeiten der Wirbelsäule. Auch nach der Operation wurden Kopf und Schultern hochgehalten und alle Änderungen der Lage peinlich vermieden. So wurden Erbrechen, Übelkeit, Kopfschmerzen auf ein Mindestmaß zurückgeführt. Vor der Einspritzung werden 5—10 ccm Liquor entnommen und 1 ccm = 5 cg Stovain ohne Liquor wieder eingespritzt. Adrenalinzusatz widerrät B. In den ersten 100 Fällen hatte er alles in allem 14 Fehlschläge, in dem zweiten Hundert 6, in den letzten 80 überhaupt keinen. Bedrohliche Zustände kamen nie vor. Unter diesen hundert

Fällen waren 50 Bauchschnitte, von denen 2 keine genügend hohe Anästhesie boten. Kopfschmerzen kamen, wenn überhaupt, nur in sehr geringem Maße vor, ebenso Übelkeit und Erbrechen.

In einem Schlußabsatze berichtet Henry Head kurz über die Ergebnisse seiner neurologischen Untersuchung bei Lumbalanästhesierten.

Weber (Dresden).

50) **R. Bestelmeyer.** Über Schußverletzungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 637.)

Verf. berichtet unter Wiedergabe zahlreicher Krankengeschichten über 244 Friedensschußverletzungen aus der Münchener Klinik. Im allgemeinen waren die von v. Bergmann ausgesprochenen konservativen Grundsätze in der Behandlung maßgebend, deren Resultate bereits in anderen großen Statistiken zum Ausdruck gekommen sind.

Die Art des Materials stimmt ebenfalls mit dem anderer Großstädte überein. Von 34 Pat. mit Gehirnschüssen starben 23 vornweg hoffnungslose ohne Operation. Von 11 Pat. ohne schwere Erscheinungen, vor allem ohne tiefe Bewußtlosigkeit, kamen 2 zur Operation und 4 zur Genesung mit Einheilung der Geschosse.

Bei 35 Pat. mit perforierenden Brustschüssen war 28mal ein Hämothorax, 6mal ein gleichzeitiger Pneumothorax, 10mal Hautempyem vorhanden.

Von 16 perforierenden Lungenschüssen nahmen 46% einen durchaus normalen Heilungsverlauf ohne Operation. Bei 2 Fällen wurde ohne Schaden wegen Verdacht auf intraabdominale Mitverletzungen die Probelaparotomie ausgeführt. 9 Fälle endigten kurz nach der Verletzung tödlich, nur 1 an Empyem. Im ganzen ergab sich für Lungenschüsse eine Mortalität von 11%.

Stärkere Blutansammlungen in der Pleura wurden durch Punktion entleert und bei Empyemen die Rippenresektion vorgenommen. Eine Indikation zu einem frühzeitigen Eingriff im Sinne König's am 2. oder 3. Tage nach der Verletzung zur Entleerung des Hämothorax sieht Verf. in einem ausgedehnten Empyem oder einem großen Pneumothorax.

Von 21 penetrierenden Bauchschüssen endeten 3 sofort nach der Einlieferung an Verblutung tödlich. Eine allerdings zweifelhafte Schußverletzung des Magenfundus heilte ohne Operation. Von den übrigen 17 Pat. starben 9, gerettet wurden 8 (= 53% Morlalität).

Jeder sicher penetrierende Bauchschuß wird so rasch als möglich operiert und die Bauchhöhle nach Versorgung der verletzten Organe tamponiert.

Reich (Tübingen).

XXXVII. Kongress
der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Vorläufige Tagesordnung.

1. *Herr Trendelenburg (Leipzig). Behandlung der Embolien.*
2. *Herr Kümmell (Hamburg). Abkürzung des Heilungsverfahrens Laparotomierter durch frühes Aufstehenlassen.*
3. *Herr A. Fränkel (Wien). Postoperative Thrombose und Embolie.*

Diskussion zu 1 bis 3.

Herr Ranzi (Wien). Über postoperative Lungenkomplikationen, insbesondere Embolien.

Herr Beiner (Wien). Zur Fettembolie.

4. *Herr Müller (Rostock). Demonstration von Präparaten zu Lehrzwecken.*
5. *Herr Czerny (Heidelberg). Über Blitzbehandlung des Krebses.*
6. *Herr Hochenegg (Wien). Diätetische Nachbehandlung der Karzinome.*
7. *Herr Müller und Peiser (Breslau). Behandlung der Eiterungen mit proteolytischem Leukocytenferment und Antiferment.*
8. *Herr Neuber (Kiel). Über Skopolaminnarkose.*
9. *Herr Gilmer (München). Über lumbale Totalanästhesie.*

Diskussion zu 8 und 9.

Herr Dönitz (Berlin). Thermophorkasten für Lumbalanästhesie. (Demonstration.)

Herr Gerstenberg (Berlin). Demonstration anatomischer Präparate mit Bezug auf die Lumbalanästhesie.

In Reserve:

[Herr Coenen (Breslau). Serumdiagnostik bei chirurgischen Erkrankungen.

Herr Frangenheim (Königsberg). Experimentelles zur Hyperämiebehandlung.]

10. *Herr Kocher (Bern). Zur Technik der Transplantation der Schilddrüse.*
11. *Herr v. Haberer (Wien). Experimentelle Verpflanzung der Nebenniere in die Niere.*
12. *Herr Lexer (Königsberg). Die Verwendung der freien Knochenplastik nebst Versuchen über Gelenkversteifung und Gelenktransplantation.*
13. *Herr Schöne (Marburg a. L.). Experimentelle Untersuchungen über Transplantation körperfremder Gewebe.*
14. *Herr Pels-Leusden (Berlin). Über die Transformation mit Periost implantierter Knochenstücke.*
15. *Herr Wullstein (Halle a. S.). Über Implantationen.*

Diskussion zu 10 bis 15.

Herr Heidenhain (Worms). Osteoplastischer Ersatz der Tibiadiaphyse.

Herr Barth (Danzig). Über Osteoplastik.

Herr Brentano (Berlin). Beitrag zur Knochenüberpflanzung in Röhrenknochendefekte.

Herr Sauerbruch (Marburg). Über Parabiose bei Warmblütern.

16. *Herr v. Bramann (Halle a. S.). Die Behandlung des Milzbrandes beim Menschen.*
17. *Herr Wrede (Königsberg). Beiträge zur Cystenbildung am Knochensystem.*

Diskussion zu 17.

Herr Rehn jun. (Königsberg). Ostitis fibrosa cystica beim Schwein.

Herr Rumpel (Berlin). Über Geschwülste und Cysten der Knochen im Röntgenbilde.

18. *Herr Föderl (Wien). Zur Therapie der Aktinomykose.*
19. *Herr Fessler (München). Über die Wirkung des Nickelmantelgeschosses.*

Diskussion zu 19.

Herr Franz (Berlin). Über Krönlein'sche Schädelschüsse.

In Reserve:

[Herr Kredel (Hannover). Wundscharlach.

Herr Sauerbruch (Marburg a. L.). Tetanus. (Demonstration.)]

20. *Herr W. Koch (Berlin). Differenzierung der pathogenen und saprophytischen Staphylokokken auf der Körperoberfläche des Menschen und seiner Umgebung.*
21. *Herr v. Brunn (Tübingen). Über neuere Bestrebungen zur Verbesserung der Hautdesinfektion.*

Diskussion zu 20 und 21.

Herr Heusner (Barmen). Über Jodbenzindesinfektion.

Herr Klapp und Dönitz (Berlin). Über die Wirkungsweise des Chirosoter.

Herr Wederhake (Düsseldorf). Desinfektion der Hände und der Haut mittels Dermagummit.

Herr Chlumsky (Krakau). Eine neue einfache Methode der Catgutsterilisation.

Herr Spechtenhauser (Wels). Über Wiener Draht.

22. *Herr v. Bramann (Halle a. S.). Beiträge zur Hirnchirurgie.*
23. *Herr Krause (Berlin). Krankendemonstrationen aus der Hirnchirurgie.*

Diskussion zu 22 und 23.

Herr Tietze (Breslau). Beiträge zur Chirurgie des Kleinhirns.

Herr Martens (Berlin). Zur Chirurgie der Kleinhirngeschwülste.

24. *Herr Payr (Greifswald). Drainage des Hirnventrikels mittels frei transplantierter Blutgefäße.*

Diskussion.

Herr Kausch (Berlin). Zur Chirurgie des kindlichen Hydrocephalus.

Herr Heile (Wiesbaden). Zur Behandlung des Hydrocephalus.

25. *Herr Hochenegg (Wien). Operativ geheilte Akromegalie bei Hypophysentumor.*

Diskussion zu 25:

Herr Erdheim und Stumme (Wien). Schwangerschaftsveränderungen der Hypophysis.

26. *Herr Salzer (Wien). Zur Anatomie der Encephalokele. (Demonstration.)*

In Reserve:

[Herr Eckstein (Berlin). Über Nasenplastik.

Herr Franz (Berlin). Experimentell erzeugtes Aneurysma arteriovenosum. (Demonstration.)

Herr W. Koch (Berlin). Die Ausscheidung von Strepto- und Staphylokokken aus dem Blut durch Nieren und Leber.

Herr Kühler (Bad Kreuznach). Mischgeschwulst der Parotis von außergewöhnlicher Größe. (Demonstration.)

Herr Ranzi (Wien). Über Langenbeck'sche und Lane'sche Uranoplastik.

Herr Sticker (Berlin). Demonstration eines experimentell erzeugten Hirntumors beim Hunde.

Herr Wederhake (Düsseldorf). Silberseide und Silber-Kautschukseide in aseptischer Packung. (Demonstration.)]

27. *Herr Kocher (Bern). Blutuntersuchungen bei Basedow.*
28. *Herr Dollinger (Budapest). Weitere Erfahrungen über subkutane Entfernung tuberkulöser Halslymphdrüsen.*
29. *Herr H. Braun (Zwickau). Resektion der Aorta wegen eines Ganglionneuroms.*
30. *Herr Doberauer (Komotau). Die Unterbindung großer Gefäßstämme mit Hilfe der allmählichen Zuschnürung.*

31. *Herr v. Hacker (Graz). Resektion und Plastik am Halsteile des Ösophagus wegen Karzinoms.*
32. *Herr Völker (Heidelberg). Über die Behandlung des Karzinoms der Cardia.*
33. *Herr Gottstein (Breslau). Über Kardiospasmus. (Demonstration.)*

Diskussion zu 31 bis 33.

Herr Glücksmann (Berlin). Primäre Erweiterungszustände der Speiseröhre.
Herr Lauper (Interlaken). Dilatations- und Radiumbehandlung des Speiseröhrenkrebses.

34. *Herr de Quervain (La Chaux-de-Fonds). Über die fibroepithelialen Neubildungen der Mamma und ihre maligne Entartung.*

In Reserve:

[Herr Hofmeister (Stuttgart). T-Kanüle zur Nachbehandlung operierter Trachealstenosen.
Herr Glücksmann (Berlin). Fremdkörper im Ösophagus. (Demonstration.)
Herr Kölliker (Leipzig). Über Ösophagoskopie.
Herr Ranzi (Wien). Über Frakturen und Luxationen der Halswirbelsäule.]

35. *Herr Brauer (Marburg a. L.). Die therapeutische Bedeutung des künstlichen Pneumothorax.*
36. *Herr Küttner (Breslau). Weitere Erfahrungen über Operationen in der freien Brusthöhle.*
37. *Herr Friedrich (Marburg a. L.). Zur Operation einseitiger Lungentuberkulose.*
38. *Derselbe. Die Lungenanpassung an große Volumdefekte der Lunge.*
39. *Herr Brat (Berlin). Über eine Einrichtung zur Anwendung des Überdruckes bei der künstlichen Atmung und der gewöhnlichen Narkose.*

Diskussion zu 35 bis 39.

Herr Dreyer (Breslau). Vergleichende experimentelle Untersuchungen über den Überdruck und Unterdruck.
Herr Schmieden (Berlin).
Herr Seydel (Dresden). Chirurgische Behandlung des Lungenemphysems.
Herr Sauerbruch (Marburg a. L.).
Herr de Mayer (Brüssel). Ein neuer Apparat zur Überdrucknarkose.

40. *Herr H. Braun (Göttingen). Demonstration eines Tumors der Pleura.*
41. *Herr Perthes (Leipzig). Zur operativen Behandlung der chronischen Lungenabszesse. (Demonstration.)*
42. *Herr Fritz König (Altona). Über Rippenfrakturen und traumatisches Emphysem.*
43. *Herr Picqué (Paris). Über Herzwunden.*

In Reserve:

[Herr Röpke (Jena). Über progressive Rippenknorpelnekrose.
Herr v. Saar (Graz). Ein Fall von Mediastinalabszeß.
Herr Steinthal (Stuttgart). Dauerheilungen des Brustkrebses.]

44. *Herr Rovsing (Kopenhagen). Direkte Gastrodiaphanoskopie und Gastroskopie.*
45. *Herr Rubritius (Prag). Erfolge der chirurgischen Behandlung gutartiger Magenerkrankungen.*

46. Herr Graser (Erlangen). *Technik der Magenresektion.*

Diskussion zu 45 und 46.

Herr Neuhaus (Berlin). *Ergebnisse der funktionellen Magenuntersuchungen hinsichtlich der früheren und späteren Resultate nach Gastroenterostomie.*

Herr Schnitzler (Wien). *Über eine typische lokale Metastase des Magenkarzinoms.*

Herr Credé (Dresden). *Gastroenterostomia caustica.*

Herr Junghaus (Liegnitz). *Trichobezoar des Magens.*

Herr Middeldorff (Hirschberg i. Schl.). *Über Fremdkörper des Magens.*

Herr Moskowicz (Wien). *Über aseptische Darmoperationen.*

47. Herr Klapp (Berlin). *Über chirurgische Darmentleerung und Entleerung infektiöser Flüssigkeitsansammlung.*

48. Herr H. Braun (Göttingen). *Entzündliche Geschwülste am Darm.*

Diskussion:

Herr Steinthal (Stuttgart). *Fall von Berstungsruptur des Dünndarmes.*

49. Herr Heddaeus (Zittau). *Folgen einer totalen Ausschaltung des Kolon durch Vereinigung von Ileum und Flexura sigmoidea.*

In Reserve:

[Herr W. Braun (Berlin). *Experimentelle Untersuchungen zur Frage des Todes bei Strangulationsileus.*

Diskussion: Herr Boruttau (Berlin).

Herr v. Brunn (Tübingen). *Über die Behandlung des appendicitischen Abszesses mit primärer Naht.*

Herr Foederl (Wien). *Hepatoptose.*

Herr Franke (Braunschweig). *Zur Therapie der multiplen Divertikelbildung am Dickdarm.*

Herr Gebele (München). *Zur Prognose und Behandlung der Peri- und Paraappendicitis.*

Herr Glücksmann (Berlin). *Blutstillung bei endosigmoidealen Operationen.*

Herr v. Haberer (Wien). *Über Behandlung schwieliger Appendicitis und appendicitischer Abszesse.*

Herr Kotzenberg (Hamburg). *Zur operativen Behandlung der diffusen, eitrigen Bauchfellentzündung.*

Herr Neumann (Berlin). *Ein Fall von enormer Cyste des Wurmfortsatzes (Demonstration).*

Herr Pendl (Troppau). *Strikturierende Ileocoecaltumoren.*

Herr Riese (Berlin). *Coecumblutungen und spätere Gangrän des Coecums infolge von Appendicitis.*

Herr Wilms (Basel). *Appendicitis chronica und Coecum mobile.*]

50. Herr Schloffer (Innsbruck). *Über chronisch entzündliche Bauchdeckengeschwülste nach Bruchoperationen.*

51. Herr Brenner (Linz). *Nabelbruchoperation mit Lappendoppelung.*

52. Herr Ritter (Greifswald). *Experimentelle Untersuchungen über Einklemmung von Brüchen.*

53. Herr Ruge (Berlin). *Chirurgische Anatomie der Gallenwege (Demonstration).*

54. Herr Exner und Hejrovsky (Wien). *Pathologie der Cholelithiasis.*

Diskussion zu 53 und 54:

Herr Lampe (Bromberg). Demonstration enorm großer Gallensteine.

55. *Herr Graff (Bonn). Über Milzexstirpation bei Pseudoleukaemia infantum.*
56. *Herr Peiser (Breslau). Über fötale Peritonitis.*
57. *Herr Bunge (Bonn). Über postoperativen spastischen Darmverschluß.*
58. *Herr Zuckerkandl (Wien). Zur Diagnose und Operation von Nierensteinen.*

Diskussion zu 58:

Herr Löwenhardt (Breslau). Demonstration eines durch Nephrektomie gewonnenen Hydronephrosenpräparates.

59. *Herr Wilms (Basel). Zur Technik der Prostatektomie.*

Diskussion zu 59:

Herr Hock (Prag). Zur Diagnose der Prostatatumoren.

Herr Ehrhardt (Königsberg). Über die operative Behandlung des Prostatakarzinoms.

Herr Defranceschi (Rudolfswörth). Zur Resektion der Samenleiter bei Prostatahypertrophie.

60. *Herr Pels-Leusden (Berlin). Über die Notwendigkeit einer Naht bei Zerreißung der Harnröhre am Perineum.*

Diskussion zu 60:

Herr Hinterstoisser (Teschen).

In Reserve:

[Herr Colmers (Heidelberg). Trauma und paranephritischer Abszeß.

Herr Franke (Braunschweig). Zur Behandlung der Zottengeschwülste der Blase.

Herr Föderl (Wien). Phimosenoperation.

Derselbe. Über Peniskarzinom.

Herr Goldschmidt (Berlin). Demonstration von Instrumenten für intraurethrale Eingriffe.

Derselbe: Ein Cystourethroskop.

Herr Harras (Schöneberg). Diagnostische Bedeutung der Röntgenphotographie bei Cholelithiasis.

Herr Hinterstoisser (Teschen). Über eine seltene Sakralgeschwulst.

Herr Hollaender (Berlin). Zur Mechanik und Dynamik der Gallenblasenperforation.

Herr Kreuter (Erlangen). Bericht aus der Erlanger Klinik über hundert Radikaloperationen wegen Mastdarmkrebses aus den Jahren 1902—1907.

Derselbe: Zur Dehnungsgangrän des Coecum bei tiefem Dickdarmverschluß.

Herr Lieblein (Prag). Über einen neuen Darmknopf. (Demonstration.)

Herr Martens (Berlin). Zur Chirurgie des Pankreas.

Herr Renner (Breslau). Indikation und Resultate der primären Blasennaht.

Herr Ringleb (Berlin). Über Sterilisation des Cystoskops.

Derselbe. Demonstration eines modernen cystoskopischen Instrumentariums.

Herr Rosenstein (Berlin). Die Behandlung intraperitonealer Verwachsungen mit Netztransplantation.

Herr Schmitt (München). Demonstration eines seltenen Falles von Invagination.

Herr Schulz (Barmen). Ein Beitrag zur Therapie der Hirschsprungschen Krankheit.

Herr Strehl (Königsberg). Kongenitale Retroposition des Dickdarmes.

Herr Wullstein (Halle a. S.). Demonstration seltener Hernienformen.]

61. *Herr Küttner (Breslau). Zur Prognose der traumatischen Luxationen.*
62. *Herr Dollinger (Budapest). Blutige Reposition veralteter Luxationen des Ellbogens.*
63. *Herr Stieda (Königsberg). Coxa valga adolescentium.*
64. *Herr Becker (Rostock). Experimentelle Gelenkmaus.*
65. *Herr Borchgrevink (Christiania). Ambulatorische Extensionsbehandlung der oberen Extremität.*
66. *Herr Krönlein (Zürich). Über das Zuppinger'sche Extensionsverfahren bei Frakturen des Ober- und Unterschenkels.*

Diskussion zu 65 und 66.

Herr Heusner (Barmen). Extensionsschiene für den Vorderarmbruch.

Herr Graser (Erlangen). Zur Behandlung der Unterschenkelbrüche.

Herr Klapp (Berlin). Behandlung des Schlüsselbeinbruches mittels Hebelextension.

Herr Fraenkel (Berlin). Über Gehverbände.

Herr Lampe (Bromberg). Ein ans Krankenbett anzuschraubender Extensions- und Abduktionsapparat für die untere Extremität.

Herr Manasse (Berlin). Apparat zur Anlegung fester Verbände an der unteren Extremität.

67. *Herr Ludloff (Breslau). Osteochondritis dissecans des Kniegelenkes.*
68. *Herr O. v. Frisch (Wien). Zur Operation des Plattfußes.*
69. *Herr Muskat (Berlin). Beiträge zur Therapie des fixierten Plattfußes.*
70. *Herr Goebel (Breslau). Röntgenbehandlung eines kongenitalen Femursarkoms.*

In Reserve:

[Herr Bötticher (Gießen). Traumatische Diastase der Symphysis sacroiliaca.

Herr Dönitz (Berlin). Feststellvorrichtung am Operationstische.

Herr Franke (Braunschweig). Epicondylitis humeri.

Herr Jacobsthal (Jena). Radiusfraktur mit volarer Verschiebung des peripheren Fragmentes. (Demonstration.)

Herr Martens (Berlin). Demonstration einer seltenen Geschwulst der Achillessehne.

Herr v. Saar (Graz). Über Myo- und Tendolyse.]

Berichtigung. In d. Bl. Nr. 9 p. 257 Z. 13 v. u. lies Bosse statt Bone.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,

in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 17. Sonnabend, den 25. April 1908.

Inhalt.

Aus der chirurgischen Abteilung der Wiener allgem. Poliklinik.
Vorstand: Dozent Dr. Pupovac.

Almatein in der Chirurgie.

Von

Dr. Ernst Venus,
Assistent der Abteilung.

Almatein nennt sich ein neues pharmazeutisches Produkt, das zuerst von dem Chemiker Dr. Lepetit in Mailand aus Formaldehyd und Hämatoxylin dargestellt und untersucht wurde[1].

Der Gedankengang dieser Präparation beruhte auf der seit langer Zeit bei Durchfall bekannten Anwendung von Blauholzabkochungen, deren wirksamer Bestandteil — das Hämatoxylin — zuerst von Chevreul rein dargestellt wurde.

Abkochungen von Blauholz haben naturgemäß eine sehr schwankende Zusammensetzung und sind unhaltbar. Dr. Lepetit versuchte

[1] Siehe Vierteljahrsschrift für prakt. Pharmazie 1905. Hft. 3.

daher ein definitives Produkt aus dem kristallisierten und gut definierten Hämatoxylin durch Einwirkung von Formaldehyd darzustellen und erhielt in der Tat als Reaktionsprodukt ein zartes, im Lichte dichrotisch schimmerndes, rötliches Pulver, welches die Eigenschaften des Hämatoxylin in erhöhtem Maße aufwies.

Neuen chemischen Arbeiten zufolge[2] hat das Almatein die Zusammensetzung $C_{36}H_{32}O_{14}$, nach welcher sich die Formel

$$\begin{array}{ccc} & C_{16}H_{11}O_5 \cdot CH_2OH & \\ \diagup & \diagdown O \diagdown & \\ CH_2 & & CH_2 \\ \diagdown & \diagup O \diagup & \\ & C_{16}H_{11}O_5 \cdot CH_2OH & \end{array}$$

zusammensetzt.

Es stellt ein äußerst feines, ziegelrotes, geruch- und geschmackloses Pulver dar, das in kaltem Wasser und Chloroform unlöslich, in kochendem Wasser sehr wenig löslich, in Alkohol und Eisessig ziemlich leicht löslich, dagegen sehr leicht löslich in Glyzerin und alkalischen Flüssigkeiten ist.

Das Almatein zersetzt sich bei hoher Temperatur, gibt Formaldehyd und komplizierte polymerische Formaldehyd-Hämatoxylinderivate ab.

Es zeigte sich alsbald, daß dieses Produkt auch bei äußerer Anwendung sehr wertvolle antiseptische, adstringierende und granulationsbefördernde Eigenschaften hatte, so daß nach dieser Richtung weitere ausgedehnte Untersuchungen unternommen wurden.

Pharmakologisch wurde das Almatein von Prof. Valenti[3] eingehend untersucht, aus dessen Darlegungen für unsere unten mitzuteilenden Versuche die Tatsache von Wichtigkeit war, daß das Präparat bei äußerer Anwendung absolut reizlos und ungiftig ist.

Wir haben seit mehreren Monaten an unserem chirurgischen Ambulanzmaterial das Almatein sowohl als Streupulver als auch in Form der Almateingaze in 500 Fällen versucht und erprobt.

Das Almatein wurde verwendet bei reinen sowohl als bei infizierten Schnitt- und Riß-Quetschwunden, bei Furunculus simplex und compositus, ferner bei Phlegmonen, Panaritien, Paronychien, Abszessen, vereiterten Lymphomen, Brandwunden, Herpes zoster, varikösen Beingeschwüren, akutem, nässendem Ekzem, Fungus der Gelenke, sowohl bei tuberkulösen als auch bei nach Operation zurückgebliebenen Fisteln.

Von einem wahren Ersatzmittel des Jodoform muß man vor allem folgendes verlangen: es soll antiseptisch, nicht reizend, die Granula-

---

[2] Analyse von Prof. Dr. R. Scholl, Vorstand des chemischen Instituts an der Universität Graz.

[3] Sull' azione farmacoterapeutica dell' almateina. Arch. di farmacia e scienze affini 1905. Nr. 10—12.

tionen befördernd, austrocknend und nicht toxisch wirken, schließlich geruchlos sein.

Alle diese Forderungen fanden wir im Almatein erfüllt. Wiewohl wir es, wie erwähnt, in 500 Fällen angewendet haben, in manchen Fällen — wie bei Fußgeschwüren — mehrere Wochen lang und in großen Quantitäten, konnten wir niemals Ekzem oder sonstige entzündliche Reizerscheinungen in der Umgebung, niemals toxische Resorptionserscheinungen beobachten.

Auffallend war die granulationsbefördende Wirkung des Almatein. Eiternde, schmierig belegte Wunden reinigten sich sehr rasch, und man konnte sehr bald das Auftreten frischer, roter Granulationen beobachten. Wir haben zur Kontrolle häufig bei Pat., die zwei oder mehrere infizierte Riß-Quetschwunden hatten, die eine Wunde mit Jodoform oder Xeroform, die andere Wunde mit Almatein behandelt und regelmäßig gefunden, daß die mit Almatein behandelte Wunde rascher sich reinigt und granuliert als die andere Wunde.

Ebenso haben wir zweimal bei Pat. mit Herpes zoster die eine Hälfte desselben mit Xeroform, die andere mit Almatein behandelt und auch hier gefunden, daß die mit Almatein behandelte Seite rascher zur Ausheilung kam.

Bei stinkenden, alten varikösen Fußgeschwüren konnten wir die desodorisierende und granulationsbefördernde Wirkung des Almatein genau beobachten.

Der Zufall fügte es, daß wir in den letzten Monaten mehrere wegen Carcinoma oesophagi gastrostomierte Pat. hatten, bei denen sich um die Fistelöffnung ein oft recht lästiges und manchmal schmerzendes Ekzem ausgebildet hatte. Nachdem wir dieses sowohl mit Salben- als auch mit Trockenbehandlung nicht bessern konnten, versuchte ich es mit Almatein. Das Ekzem trocknete hierauf rasch ab und heilte in kürzester Zeit rasch aus.

Die besten Erfahrungen aber machten wir in der Behandlung von Brandwunden mit Almatein. Wir gingen bei frischen Brandwunden stets so vor, daß wir die Blasen unter aseptischen Kautelen öffneten, die nekrotische Haut nach Möglichkeit abtrugen und nun die ganze verletzte Stelle mit Almatein dicht bestaubten und darüber einen trockenen Verband anlegten und wenn möglich einige Tage ruhig liegen ließen. Schon beim ersten Verbandwechsel war es geradezu auffallend, wie sich die noch übrig gebliebenen nekrotischen Partien abgestoßen hatten und überall von den Rändern der Wunde die Epidermis vorzuschieben begann. Die Eiterung nahm rasch ab und die Narbenbildung schritt rasch vorwärts.

Auch bei Brandwunden konnten wir durch vergleichende Behandlung konstatieren, daß die mit Almatein behandelten Wunden raschere Heilungstendenz zeigten, als die mit Xeroform behandelten.

Das Almatein stellt ein vollkommenes Ersatzmittel des Jodoform dar, vor dem es den Vorzug besitzt, nicht toxisch zu wirken und ge-

ruchlos zu sein. Besonders bewährt es sich überall dort, wo man eine sekretionsbeschränkende und die Granulation befördernde Wirkung erzielen will.

---

1) **A. Eulenburg.** Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde. Vierte gänzlich umgearbeitete Auflage. Bd. II u. III.
Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1907.

Nach dem Vorbilde des I. Bandes dieser vierten Auflage sind auch die folgenden umgearbeitet. Dabei sind eine Anzahl der größeren Artikel in die Hand neuer Autoren übergegangen und stehen, da sie bewährten jüngeren Kräften anvertraut sind, ganz auf der Höhe der modernen Forschung. Die einzelnen aufzuführen erscheint unnötig; es sei nur gesagt, daß diese neueste Bearbeitung den früheren durchaus gleichzustellen ist, und daß das Ganze wieder derartig von lange her vorbereitet erscheint, daß pünktliches Fortschreiten garantiert sein dürfte. **Richter** (Breslau).

---

2) v. Bergmann und Rochs' anleitende Vorlesungen für den Operationskursus an der Leiche. Bearbeitet von Dr. A. Bier und Dr. H. Rochs. Fünfte Auflage. XI u. 463 S. 144 Textfiguren.
Berlin, **August Hirschwald,** 1907.

Bei der Herausgabe dieser neuen Auflage der Vorlesungen, die sich durch die anatomisch-physiologische Grundlage der operativen Einzelverfahren, durch die Genauigkeit der Darstellung und die Klarheit der Abbildungen von jeher ausgezeichnet und damit eine rasche Verbreitung, auch im Auslande, gefunden haben, hat v. Bergmann's Nachfolger an der Berliner chirurgischen Universitätsklinik, Bier, dessen Stelle als Mitherausgeber eingenommen. Damit ist der Charakter des Werkchens aber unverändert geblieben; es hat nur Neuaufnahme gefunden, was in den letzten Jahren an neuen Operationsverfahren hinzugekommen ist, so namentlich einige Operationen am Kopfe, die Unterbindung der Art. subclavia nach Riedel, die osteoplastische Oberschenkelamputation nach Ssabanejeff u. dgl.

Einer besonderen weiteren Empfehlung bedarf das seit lange bewährte Buch nicht. **Richter** (Breslau).

---

3) **N. Leotta.** Sulla ligatura delle grandi vene del corpo.
(Policlinico 1907. Fasc. 12; 1908 Fasc. 1.)

Nach einer historischen Übersicht über die bisher im Tierexperiment und in der Praxis ausgeführten Unterbindungen der großen Körpervenen, wobei auch die bisherigen Ansichten über die Prognose dieser Unterbindungen eingehend erörtert werden, schildert Verf. seine eigenen Versuche. Diese umfassen die Unterbindung der V. anonyma, der Cava inferior und superior, und wurden ausschließlich an Hunden aus-

geführt. Auf Grund von 34 gelungenen Versuchen, deren Protokolle genau wiedergegeben werden, kommt Verf. zu nachstehenden Schlüssen:

Die Unterbindung der V. anonyma wird immer gut ertragen, indem durch die Anonyma der anderen Seite, durch die Azygos und die Mammaria interna der gleichen Seite und in einzelnen Fällen auch durch die Vv. thyreoideae inferiores derselben Seite der Kollateralkreislauf rasch hergestellt wird.

Dagegen führte die Unterbindung der Cava superior oberhalb des Abgangs der V. azygos in 25% der Fälle zum Tode; in den übrigen Fällen stellte die V. azygos durch die Interkostalvenen beider Seiten, durch die mit diesen anastomosierenden Lumbalvenen und durch die mit der Mammaria interna anastomosierenden Bauchvenen den Kollateralkreislauf her.

Die Unterbindung der Cava inferior oberhalb des Abganges der Nierenvenen war immer tödlich, indem es in den meisten Fällen zum raschen Aufhören der Nierenfunktion kam. Wenn die Unterbindung in der Weise gemacht wurde, daß die eine der Nierenvenen geschont wurde, kam es nur in 33% der Fälle zum Tode, der wiederum durch komplette Niereninsuffizienz bedingt war. In den günstig verlaufenden Fällen stellte sich der Kreislauf auf dem Wege der Hemiazygos mittels der aufsteigenden Lumbalvenen und des Lejars'schen Reno-Azygo-Lumbalkanals der nicht unterbundenen Seite wieder her, ebenso durch die epiduralen Venen und die Mammaria interna und durch die Spermatica sinistra, falls die linke Nierenvene geschont wurde. Die Unterbindung der Cava inferior zwischen dem Zusammenfluß der beiden Iliacae und der Einmündung der Nierenvenen wurde immer ohne weiteres ertragen. Auch hier übernahmen die Hemiazygos, die epiduralen Venen und die Spermaticae den Kollateralkreislauf.

Ausführliche Literaturangaben ergänzen die Arbeit.

Strauss (Nürnberg).

---

4) **Jolasse.** Über den Wert des Röntgenverfahrens bei der Diagnose der Lageanomalien des Darmes und der Behandlung der chronischen Obstipation.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1908. Nr. 5.)

Durch die Rieder'sche Bismutmahlzeit und den Bismutöleinlauf lassen sich Lage und Verlauf des Dickdarmes genau sichtbar machen. Die Bismutmahlzeit ist für den Nachweis von Stenosen oder Ursachen, die zur Verstopfung führen, geeigneter, da wir nur durch sie erkennen, wo und wie lange der Darminhalt an seinem Marsche gehindert wird. Fortlaufende Untersuchungen J.'s ergaben nun, daß schon normalerweise die rechte Dickdarmflexur tiefer liegt als die linke, und vielfache Abweichungen von dem als Regel betrachteten queren Verlauf des Colon transversum vorkommen. Bei an Verstopfung Leidenden sind diese Verhältnisse in verstärktem Maße anzutreffen. Die Röntgenuntersuchung des Darmes ist aber nicht nur zur Aufklärung der Ursache, sondern auch zur Behandlung der Verstopfung mit Massage

unerläßlich, da wir auf den verlagerten Darm ohne Kenntnis seines Verlaufes gar nicht einwirken könnten.

Besonders wertvoll ist die Röntgendurchleuchtung für den Nachweis von Darmverwachsungen nach Laparotomien, den J. in einem Falle 8 Jahre nach einer Vesicofixatio uteri führen konnte. Sieben Skizzen erläutern die Ausführungen des Verf.s.

Gutzeit (Neidenburg).

---

5) **Chandler.** Treatment following abdominal section.

(Albany med. annals 1908. Februar.)

C. hat bei 200 Laparotomien wegen der verschiedensten Erkrankungen die Nachbehandlung folgendermaßen vorgenommen: Pat. wird sofort nach der Operation (Äthernarkose) in sitzende Stellung gebracht, wodurch Übelkeit und Erbrechen sehr gemildert werden. Diese Stellung wird 12 Stunden ununterbrochen innegehalten, dann darf sich Pat. legen wie er will, soll aber möglichst viel sitzen. Vom 3. bis 4. Tag ab kann Pat. das Bett verlassen und geht vom 4. bis 5. Tag ab umher, bis er am 10. bis 14. Tage das Hospital verläßt. Als Verband dient ein breiter, von der Schamfuge bis zum Nabel reichender, fest angezogener Heftpflasterstreifen. Die Bauchnaht ist die übliche Dreietagennaht, jedoch wird nach Entfernung einer größeren Geschwulst die Fascie durch Matratzennaht vereinigt. Falls drainiert werden muß, empfiehlt C. die Murphy'sche Methode der Nachbehandlung, bei der Pat. ebenfalls sitzt. Als Vorteile des frühzeitigen Aufsitzens bzw. Aufstehens bezeichnet Verf. die Verhütung postoperativer Phlebitis, die Vermeidung der Schwächung durch Bettruhe, die raschere Erholung, die geringere (!) Gefahr der Hernienbildung und das Ausbleiben von Erbrechen nach der Narkose.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **K. Vogel.** Physostigmin und Peristaltik.

(Heilkunde, Monatsschrift für prakt. Medizin.)

Verf. tritt in seiner Arbeit warm für die subkutane Verabreichung des Physostigmins ein, das speziell vom Praktiker noch allzu selten angewandt werde. Er weist zunächst auf die eminente Bedeutung einer geregelten Darmtätigkeit hin, kommt dann speziell auf die Bedeutung der Peristaltik nach Operationen zu sprechen. Er führt an, daß ein Operierter mit geregelter Darmtätigkeit ruhiger liegen bleibe, daß durch alle Stuhlmassen im Darm eine Art Autoinfektion entstehen könne, daß ferner durch Zwerchfellhochstand postoperative Pneumonien begünstigt würden. Endlich könne man durch eine frühzeitig angeregte Peristaltik Verklebungen zwischen den einzelnen Darmschlingen verhindern. Und ein Mittel, das uns in den Stand setzt, die Peristaltik nach Belieben in Gang zu setzen, sieht Verf. in dem Physostigminum salicylicum. Er empfiehlt es in Fällen, wo es sich um eine Paralyse des Darmes handelt und wendet es so auch als Prophylaktikum gegen Verklebungen nach Laparotomien an. (Darin

kann ich dem Verf. aus eigener Erfahrung beipflichten, bei Paralyse des Darmes habe auch ich beinahe ausnahmslos gute Erfolge gesehen. Ref.) Verf. gibt 0,001 Physostigmin subkutan und wiederholt, wenn nötig, die Injektion nach 3 Stunden. Der Ansicht, daß auch bei Brucheinklemmung ein Versuch mit Physostigmin gemacht werden soll, möchte Ref. nicht beipflichten, da er glaubt, daß man in diesen Fällen ebensoviel damit schaden wie nützen kann.

L. Simon (Mannheim).

---

7) **J. Bogdanik.** Über die Bauchfellentzündung.

(Wiener med. Presse 1907. Nr. 50.)

Bei der Bauchfellentzündung droht dem Kranken die Gefahr von zwei Seiten: von der Blutvergiftung und Stuhlverhaltung mit nachfolgender Parese des Darmes. Als hauptsächliche Ursache der Darmlähmung ist die direkte Einwirkung von Toxinen auf den Darmnervenplexus (Plexus Auerbachii) anzusehen. Abgesehen davon wird die Darmlähmung durch Blutstauung, Schwellung und Durchtränkung der muskulösen Schicht der Darmwand bedingt. Eine sofortige Operation ist daher angezeigt. Durch die Inzision nämlich und die Entleerung des infektiösen Darminhaltes wird die Entzündung auf eine kleine Fläche beschränkt; wir verhindern damit die Ausbreitung und vermindern die Resorptionsfläche. Die Operation ist daher sofort vorzunehmen in allen Stadien der Bauchfellentzündung, mit Ausnahme jener Fälle, wo die Symptome so weit fortgeschritten sind, daß schon Cyanose eingetreten ist, und der Kranke pulslos, die Extremitäten kalt sind.

Paul Wagner (Leipzig).

---

8) **P. K. Pel.** Ist Opium nützlich oder schädlich bei akuter Perityphlitis?

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 32.)

Verf. kommt in diesem Artikel zu folgenden Schlußsätzen:

1) Bei konsequenter Behandlung von Anfang der Krankheit an — abgesehen natürlich von besonderen Umständen — mit Bettruhe, strenger Diät, Eisapplikation und zweckmäßigen Dosen Opium, bei strenger Vermeidung von Laxantien, pflegt die akute Perityphlitis, wie sie in der Praxis vorkommt, in mehr als 90% der Fälle günstig zu verlaufen.

2) Der Arzt, welcher seine Kranken mit Perityphlitis nach diesen Prinzipien behandelt, vernachlässigt die Kranken in keiner Weise. Die Nachteile, welche der Verabreichung von zweckmäßigen Dosen Opium, und die Vorteile, welche einer laxierenden Therapie zugeschrieben werden, sind mehr theoretisch konstruiert als auf Grund genauer klinischer Beobachtung genügend erprobt. Derjenige Arzt, welcher einen Kranken mit akuter Perityphlitis — exceptio excipiendis — zweckmäßige Dosen Opium vorenthält, begeht eine Unterlassungssünde; der, welcher sie mit Laxantien behandelt, einen Kunstfehler.

(Glücklicherweise sind die hier vertretenen Ansichten nur noch vereinzelt zu lesen und vermögen nicht die Praktiker irrezuführen, die heutzutage oft genug Gelegenheit haben, den Befund bei den Operationen zu sehen. Ref.) **Langemak** (Erfurt).

---

9) **Corner.** The contents of irreducible inguinal herniae in female subjects, and true hermaphroditism.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 4.)

Leistenbrüche bei Kindern weiblichen Geschlechts, die irreponibel sind, enthalten fast immer ein Genitalorgan. Unter 103 Hernien bei weiblichen Kindern aus den Beständen des Kinderkrankenhauses Great Armond Street in London fanden sich 90 reponible, 4 irreponible, 9 eingeklemmte. Diese letzten 13 enthielten ausnahmslos irgendein Genitalorgan. Verf. gibt eine tabellarische Übersicht über im ganzen 20 solcher Fälle von irreponiblen Brüchen bei weiblichen Kindern, deren Inhalt irgendein Geschlechtsorgan war. In den allermeisten Fällen fand sich Tube oder Ovarium, oft beides; einmal Uterus, Ovarium, Tube und Dünndarm, einmal Ovarium, Tube und Dünndarm. Bruchband ist schädlich, die Operation die einzige Behandlungsart. Die Diagnose ist leicht, weil eben ein irreponibler Leistenbruch bei weiblichen Kindern so gut wie immer ein Genitalorgan enthält, und Tube wie Ovarium leicht erkannt werden können.

Weber (Dresden).

---

10) **S. Short.** On a special form of dilatation and displacement of the stomach.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 18.)

Verf. beschreibt in dieser Arbeit eine Form von Magensenkung und -Erweiterung als besondere klinische Abart. Sie betrifft 20- bis 30jährige Menschen beiderlei Geschlechts, zumeist mit kariösen Zähnen, oft sekundär neurasthenisch, die durch ihren Beruf gezwungen sind, den ganzen Tag zu stehen und ihre Mahlzeiten hastig hinunter zu schlingen. Die Krankheit äußert sich in sehr heftigen, akuten Schmerzanfällen, die anfallsweise auftreten und zuweilen durch Erbrechen erleichtert werden, und in ständiger Auftreibung des Magens mit Luft, viel Aufstoßen von Gasen, Abmagerung, Niedergeschlagenheit. Den Stoff für seine Beobachtungen geben ihm 28 Fälle. Objektiv findet man Senkung, Erweiterung, Plätschern, motorische Insuffizienz ohne Stenose, Herzklopfen, sekundär durch Auftreibung des Zwerchfells ausgelöst. Die Behandlung besteht nicht in Operationen, sondern in diätetischer Liegekur mit erhöhtem unteren Bettende und sorgfältigster Schonung des Magens für 3 Wochen. Die so gewonnenen Erfolge waren recht zufriedenstellend. Die Arbeit hat ein Interesse für die Frage von Magenoperationen bei Ptosis, Atonie, Erweiterung, Neurose usw., da sie wiederum eine ziemlich scharf umrissene Gruppe solcher Magenerkrankungen von der Chirurgie abtrennt. **Weber** (Dresden).

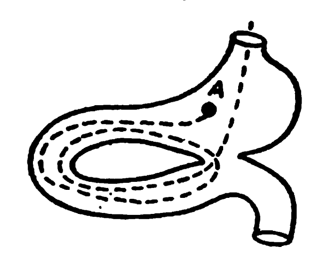
---

11) **Cameron.** Some physiological aspects of gastroenterostomy.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 18.)

Die Arbeiten von Pawlow in Petersburg und Bayliss und Starling in London haben uns gelehrt, daß der Vorgang der Verdauung nicht aus einzelnen, voneinander getrennten Abschnitten besteht, sondern ohne scharfe Trennung abläuft durch die ineinander greifende und voneinander abhängige Tätigkeit der Verdauungssäfte und -Fermente. Damit gewinnt auch die physiologische Bedeutung der Gastroenterostomie ein ganz anderes Aussehen. Wenn z. B. die Absonderung des Pankreassaftes so wesentlich abhängig ist von der durch den Magen geleisteten Vorarbeit, so muß die Beeinflussung des Verdauungsvorganges durch eine Magen-Dünndarmfistel groß sein und mindestens ein starkes theoretisches Interesse beanspruchen.

Ist der Pylorus offen, so steht fest, daß die aufgenommene Nahrung ihren gewohnten Weg durch den Pylorus nimmt und nicht durch die Fistelöffnung. Das hat u. a. Cannon bewiesen durch seine Röntgendurchleuchtungen gastroenterostomierter Katzen. Verf.s Versuche, diese Methode an Krankenhauspatienten nachzuahmen, mißlangen stets, weil er das mit Wismut erfüllte Duodenum nicht zur Anschauung zu bringen vermochte. Aber klinisch wurde der Beweis für den erwähnten Satz geliefert: Bei einem Manne mit Duodenalfistel wurde der Versuch gemacht, die Fistel durch Anlegung einer hinteren Gastroenterostomie zum Schluß zu bringen; aber die Fistel blieb. Sie schloß sich sofort, nachdem der Pylorus durch eine Naht unwegsam gemacht war! Eine andere Methode (Legelt und Maury), den Ablauf des Mageninhaltes bei gastroenterostomierten Hunden nachzuweisen, schlug fehl, so sinnreich sie auch erdacht ist: der Hund bekam eine am Faden befestigte Metallkugel zu schlucken; man fand bei der Obduktion einige Stunden nachher, daß Kugel und Faden zweimal durch die Fistel, den zuführenden Schenkel und den Pylorus in den Magen zurückbefördert war. Der Versuch bestätigt die Tatsache, daß ein fester, harter Körper bei Berührung des Pylorus einen Krampf erzeugt. Dieser Circulus wird auf nebenstehender Skizze veranschaulicht: *A* ist die verschluckte Metallkugel und die punktierte Linie der Faden.



Da nach Lerdjukow freie Säure im Magen den Pylorus öffnet, freie Säure im Duodenum den Pylorus schließt, so muß die Gastroenterostomie bei verschlossenem Pylorus diesen feinen Reflexmechanismus schwer schädigen, weil der Mageninhalt ohne dieses Spiel der Klappe in den Darm übertritt. Von diesem Spiele hängt aber nach Pawlow die Pankreasabsonderung ab. Folglich muß auch diese schwer beeinflußt werden.

Stets findet sich bei Gastroenterostomierten Galle und Pankreassaft im Magen, besonders bei Anwesenheit von Fett in der Nahrung; sie setzen die Azidität des Magens sehr wesentlich herab. In diesem Rückfluß von Galle und Pankreassaft in den Magen liegt der Grund, warum so selten ein Ulcus pepticum nach Gastroenterostomie entsteht und warum ein Magengeschwür danach heilt, nicht aber in den verbesserten Abflußbedingungen! Sollte wirklich einmal eine Gastroenterostomie bei Magengeschwür erfolglos sein, so müßte demnach die völlige Ausschaltung von Pylorus und Duodenum vermittels Durchtrennung des zuführenden Schenkels die Heilung bringen.

O.'s eigene Untersuchungen über die Beeinflussung der Verdauung durch Gastroenterostomie erstrecken sich auf sieben Fälle, von denen einer krebsiger Art war. Da es ihm wesentlich auf die Tätigkeit des Pankreas ankam, so wurde das Augenmerk besonders auf die Fettresorption gerichtet. Die Ergebnisse waren kurz folgende: Bei reiner Milchdiät findet sich in Fällen von Gastroenterostomie wegen gutartiger Erkrankung eine leichte, aber deutliche Verminderung der Fettverdauung und -Resorption. Diese Verminderung schwindet wieder bei gemischter, fettreicher Kost. Dabei bleiben die Ergebnisse sich gleich für beide Kostarten in Fällen mit Pylorusstenose und in solchen ohne Stenose. Also können die veränderten Abflußbedingungen an sich nicht die Ursache sein für diese Beeinflussung der Verdauung. Die Ursache liegt vielmehr im Rückfluß der alkalischen Gallen- und Pankreassäfte, wodurch die Azidität des Mageninhaltes stark vermindert wird.

Wer sich näher über die sehr lehrreiche Arbeit unterrichten will, sei auf die Urschrift verwiesen. **Weber** (Dresden).

---

12) E. Bircher. Beitrag zur Magenchirurgie und zur Technik der Gastroenteroanastomose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Verf. bespricht die verschiedenen chirurgischen Maßnahmen, die bei gutartigen Magenleiden in Betracht kommen, und spricht seine Ansicht dahin aus, daß neben der Gastroenteroanastomose auch bestimmte Indikationen für die Pyloroplastik und die Gastroplicatio bestehen. Beim Magenkarzinom hält er ein möglichst radikales Vorgehen für angebracht, ohne Rücksicht auf eine günstige Sterblichkeitsziffer, die man erhält, sobald man sich nur bei kleinen Geschwülsten zur Resektion entschließt. Nach einer Besprechung der eigenen Fälle, besonders der Operationen bei bösartigen Magengeschwülsten und Vergleichen der eigenen Sterblichkeitsstatistik mit einer Reihe von Zusammenstellungen aus der Literatur beschreibt Verf. eine kleine Neuerung in der Anlegung der Anastomose. Nachdem die hintere Serosanaht zwischen Magen und Darm angelegt ist, wird die Seromuscularis beider Organe durch Nähte miteinander verknüpft. Eventuell wird über dieser Seromuscularisnaht nochmals eine Etagennaht

durch die Seromuscularis von Magen und Darm gelegt. Nunmehr kommt gleich der zweite Akt des Eingriffes, der darin besteht, daß man die vorderen Seromuscularisknopfnähte durch Magen und Dünndarm durchsticht, ca. 1 cm von der letzten hinteren Naht entfernt. Die mittlere Partie sämtlicher Fäden wird dann mit einem Haken emporgehoben und jetzt rasch Magen und Darm eröffnet, dann werden blutende Gefäße unterbunden, die Nähte geknüpft und eine weitere Serosanaht vorn angelegt. Der Vorzug der Methode soll darin bestehen, daß Magen und Darm nur ganz kurze Zeit offen bleiben. An der Hand der Abbildungen ist die Methode leicht faßlich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

13) **Delore** et **Leriche.** A propos de la jejunostomie par le procédé d'Eiselsberg-Witzel.

(Lyon méd. 1908. Nr. 10.)

Verff. betonen, daß die Jejunostomie in Frankreich so selten ausgeführt wird, obwohl sie bei richtiger Indikation eine äußerst segensreiche Operation sei. Sie berichten über drei Fälle der Abteilung Poncet's, bei denen die Methode nach Witzel mit vollem Erfolge zur Anwendung kam. Indiziert ist die Operation:

1) Bei Speiseröhrenkrebs, wenn an dem stark geschrumpften Magen eine Gastrostomie unmöglich ist; bei stenosierendem Pyloruskrebs, wenn Resektion oder Gastroenterostomie nicht möglich ist; bei nicht stenosierendem Magenkrebs, wenn lebhafte Schmerzen und häufiges Erbrechen besteht, da in diesen Fällen die Gastroenterostomie keinen Nutzen bringt.

2) Bei Magengeschwür, um den Magen vollkommen ruhig zu stellen.

3) Bei Verätzungen des Magens.

4) Bei Duodenum- und Magenfisteln.

Boerner (Rastatt).

---

14) **P. Esau.** Ausschaltung und freie Transplantation von Dünndarm an den Ort der Wahl.

(Med. Klinik 1908. p. 324.)

Gelegentlich der Operation zweier schwerer Harnröhrenfisteln in der chirurgischen Klinik in Greifswald (Payr) wurde erwogen, ob aus seinem Zusammenhange resezierter und aus der Bauchhöhle, z. B. in die Bauchdecken, verpflanzter Dünndarm zunächst durch die Mesenterialgefäße, nach Einheilung auch ohne sie lebensfähig zu erhalten sei. Es stände damit etwa für Harnröhrenlücken ein Ersatzstück von beliebiger Länge, ein offen bleibendes und mit einer widerstandsfähigen Schicht epithelialer Zellen bekleidetes Rohr zur Verfügung; zudem ist der Dünndarm sehr anpassungsfähig. Vielleicht ließe sich so auch ein Schaltstück bei inoperablen Prostatahypertrophien und Mastdarmkrebsen bilden, um den Kunstafter zu vermeiden. Ferner käme in Betracht Ersatz des resezierten Harnleiters, sei es durch Dünndarm,

sei es durch den Wurmfortsatz, ferner endothorakale Verpflanzung als Ersatz für die resezierte Speiseröhre. Andererseits birgt die Darmtransplantation beim Menschen gewisse Gefahren: sie ist an sich ein größerer Eingriff; das nach der Einpflanzung des Darmes in die Bauchdecken frei von seiner Ursprungsstelle quer durch die Bauchhöhle zu seinem Darmteile ziehende Mesenterium könnte Strangulationsileus hervorrufen oder zerreißen und Blutung verursachen oder der Gefäßthrombose ausgesetzt sein; die Behandlung dauert lange, mehrere Nachoperationen sind erforderlich.

Wenn also noch vielerlei zu erwägen bleibt, so haben die auf Payr's Anregung veranstalteten Versuche E.'s doch gezeigt, daß die Darmverpflanzung möglich ist. Bei Hunden wurden Dünndarmstücke ausgeschaltet und zwischen die Bauchdecken verlagert; in einer zweiten Sitzung wurde das zuführende Mesenterium durchtrennt. Der Darm blieb am Leben; in später davon abgeschnittenen Stücken zeigten die Drüsenzellen regelrechte Färbeverhältnisse, die Muskeln keine Entartungsvorgänge. Das Drüsenepithel soll aber über noch längere Zeiträume daraufhin beobachtet werden, ob es sich nicht doch noch umgestaltet, und zwar im Sinne der Vereinfachung. Anzuschließen sind Untersuchungen über den Verbleib der Darmserosa und mit Hilfe von Einspritzungen über die Gefäßversorgung, endlich über das Verhalten der nervösen Plexus.

Georg Schmidt (Berlin).

---

15) **O. Marchetti.** Sulla cicatrizzazione del dutto cistico dopo la colecistectomia detta ideale.

(Clinica moderna 1907. Nr. 43.)

Verf. untersuchte im Anschluß an die Experimente Dalla Rosa's und Burci's die Schicksale der Unterbindung des Ductus cysticus, wobei er Seidenfäden verwendete. Er konnte in drei Fällen, in denen er den Cysticus bei Hunden nach der Cystektomie unterband, histologische Untersuchungen anstellen und fand den Unterbindungsfaden stets in Bindegewebe eingekapselt, ohne daß er Neigung zeigte, in die Lichtung durchzubrechen. An der Ligaturstelle hatte sich in allen Fällen neue Schleimhaut gebildet. So kommt M. zum Schluß, daß die Wiederherstellung der Lichtung und das Einfallen des Fadens in diese nur dann zu erwarten sei, wenn es sich um aktive Kanäle handle, die noch einen Inhalt fortzuschaffen haben, wodurch es zur Intussuszeption der Ligaturstelle und Wiederherstellung der Lichtung komme.

Strauss (Nürnberg).

---

16) **de Beule.** Considérations sur la technique opératoire de la cholecystectomie, de la cholédocotomie et du drainage du canal hépatique.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. Januar.)

Im Anschluß an drei Krankengeschichten schildert de B. sein Vorgehen bei der Cholelithiasis, wie er es sich auf Grund eigener,

sowie der auf einer Rundreise bei den bedeutendsten Gallensteinchirurgen durch Anschauung erworbenen Erfahrungen ausgebildet hat. Er verlangt von jeder Gallensteinoperation, daß sie nicht nur die Verhältnisse in der Gallenblase aufdeckt, sondern eine möglichst genaue Orientierung über die gesamten Gallenwege und die Nachbarorgane, Pankreas, Duodenum und Pylorus, gibt. Dementsprechend wählt er stets den Kehr'schen Wellen- und Bajonettschnitt, der unter Berücksichtigung guter Heilungsbedingungen zweifellos die beste Übersicht gewährt. Beim Abtasten der tiefen Gallenwege hat de B. den bekannten Kehr'schen Handgriff mit der linken Hand als am einfachsten und günstigsten sich zu eigen gemacht. Wenn eben möglich, exstirpiert er die Gallenblase, event. nach vorheriger Punktion, uneröffnet und subserös, wie er es bei Doyen und Witzel gesehen hat. Die dadurch gewonnenen Bauchfellappen benutzt er, um bei nötiger Hepaticusdrainage einen Abschluß gegen die freie Bauchhöhle zu bilden, womit er die Tamponade derselben entbehrlich machen zu können glaubt. Bei Choledochusstein wird die Inzisionsstelle niemals genäht, sondern stets tamponiert, wenn nicht außerdem noch eine mehrtägige Hepaticusdrainage mit dünnem Gummidrain erforderlich erscheint. Von den mitgeteilten drei Krankengeschichten ist die eine — subseröse Cholecystektomie, Choledochotomie, Hepaticusschlauchdrainage ohne Tamponade nach Lappenplastik — bereits in Nr. 11 ds. Bl. referiert, die zweite betrifft eine einfache subseröse Cystektomie mit gutem Erfolge, die dritte eine tödlich verlaufene Choledochotomie bei einer bereits septisch eingelieferten Pat.

Vorderbrügge (Danzig).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Aus der chirurgischen Abteilung des städt. Krankenhauses zu Karlsruhe. Direktor: Prof. Dr. v. Beck.

Zu dem Rovsing'schen Symptom.

Von

Dr. Arthur Hofmann,

I. Assistenzarzt.

In Nr. 8 d. Jhrg. des Zentralblattes für Chirurgie hat Lauenstein sich gegen das Rovsing'sche Symptom gewandt, um an der Hand eines Falles sein Versagen nachzuweisen. Wir sind in der Lage, auf Grund von 34 Fällen, welche in den letzten 3 Monaten am hiesigen Krankenhause beobachtet wurden, die Haltlosigkeit dieses Symptoms zu erklären.

Es wurden 18 Fälle von Perityphlitis auf dieses Symptom geprüft. Sein Verhalten gegenüber dem McBurney'schen Punkte gestaltete sich folgendermaßen:

	Fälle	Rovsing	McBurney
1	*Steffler*, Perityphlitis acuta; Wurm erigiert	—	+
2	*Hensch*, Perityphlitis acuta; Wurm retrocoecal; Spitze an der Leber adhärent	—	+
3	*Maier*, Perityphlitis acuta gangraenosa; Wurm retrocoecal; Spitze an der Gallenblase adhärent und perforiert	+	+
4	*Weindl*, Perityphlitis acuta gangraenosa; Wurm retrocoecal; Spitze am unteren Nierenpol adhärent, perforiert	—	—
5	*Silberbauer*, Perityphlitischer Kotabszeß; Wurm retrocoecal gangränös	—	—
6	*Fränkel*, Perityphlitis acuta gangraenosa; Wurm an der Spitze perforiert	—	+
7	*Freidinger*, Perityphlitis acuta; Wurm sukkulent, gerötet	—	+
8	*Stetter*, Perityphlitis gangraenosa fibrino-purulenta	—	+
9	*Hauck*, Perityphlitischer Abszeß	—	+
10	*Gramer*, Perityphlitis acuta fibrino-purulenta; Wurm an den rechtsseitigen Adnexen adhärent	+	—
11	*Bischoff*, Perityphlitis chronica recidiva; Wurm pannös belegt	—	+
12	*Tröstler*, Perityphlitis acuta	—	+
13	*Knorr*, Perityphlitis chronica recidiva	—	+
14	*Wehrle*, Perityphlitis acuta gangraenosa; Wurm retrocoecal	—	+
15	*Würfel*, Perityphlitis acuta gangraenosa retrocoecalis; Wurm perforiert	+	+
16	*Stebel*, Perityphlitis chronica	—	+
17	*Eisele*, Perityphlitis chronica	—	—
18	*Haas*, Perityphlitis tuberculosa; tuberkulöses Geschwür an der Basis des Wurmes	—	+

Unter diesen 18 Fällen trafen wir also das Rovsing'sche Symptom 3mal. In einem Falle handelte es sich um einen an der Gallenblase adhärenten perforierten Wurm, die beiden anderen Fälle betrafen Wurmfortsätze, welche Exsudat in der freien Bauchhöhle aufzuweisen hatten.

4mal fehlte der McBurney'sche Schmerzpunkt. 2mal handelte es sich um einen retrocoecalen Wurm, 1mal um einen Wurm, der an den Adnexen adhärent war und 1mal um eine Intervalloperation.

Die obige Tabelle beweist, daß auf das neue Symptom kein Verlaß ist. Für uns genügte der Nachweis des McBurney'schen Druckpunktes, und wir können nur davor warnen, diesen wertvollen Besitz gegen ein solch unsicheres Symptom einzutauschen.

Rovsing verlangt von seinem Symptom, daß es nicht bloß den McBurneyschen Punkt ersetzt, sondern durch sein Fehlen einen wertvollen Fingerzeig zur Abgrenzung gegen die Entzündungen, welche die nächste Umgebung des Wurmfortsatzes betreffen, bietet. In dieses Gebiet fallen die differentialdiagnostisch oft so schwierig zu beurteilenden Fälle von Adnexerkrankungen.

Wir haben auch solche Fälle auf das Rovsing'sche Symptom hin untersucht:

	Fälle	Rovsing	Druckpunkt	
			rechts	links
19	*Rühle*, Parametraner Abszeß, doppelseitig	—	—	—
20	*Schmitt*, Parametritis acuta dextra	—	+	—
21	*Heilmann*, Perimetritis acuta	—	—	—
22	*Rasch*, Pyosalpinx dextra	—	—	—
23	*Thomas*, Pyosalpinx dextra, Pelveoperitonitis	+!	+	+
24	*Westenfelder*, Pyosalpinx sin.	—	—	+
25	*Pfister*, Pyosalpinx dext.	+!	—	+
26	*Kräft*, Salpingitis dupl.	—	+	+
27	*Meier*, Pyosalpinx dupl.	—	—	—
28	*Briva*, Parametritis sin., Pyosalpinx dext.	—	—	+
29	*Ruf*, Perimetritis, Pelveoperitonitis, Abszeß über der linken Darmbeinschaufel	—	—	+
30	*Hurst*, Salpingitis acuta dext.	—	+	—
31	*Ihrig*, Pelveoperitonitis, Peritonitis purulenta, Pyosalpinx dupl.	+!	+	—

Diese Tabelle zeigt, daß man nicht sagen kann: das Rovsing'sche Symptom fehlt, folglich ist es eine Adnexerkrankung.

Das Symptom war 3mal vorhanden, und gerade bei solchen Fällen, für welche eine exakte differentielle Diagnose von der größten Wichtigkeit war. Ist bei diesen Fällen der McBurney'sche Druckpunkt schon trügerisch, so ist am allerwenigsten das Rovsing'sche Symptom dazu berufen, substituierend einzutreten. Der Fall Nr. 31 hatte sowohl den McBurney'schen Druckpunkt als auch das Rovsing'sche Zeichen. Differentialdiagnostisch war eine Abgrenzung gegenüber einer akuten Perityphlitis mit beginnender Gangrän unmöglich. Es wurde laparotomiert, und man fand eine purulente Peritonitis, deren Ausgangspunkt die beiden stark entzündeten Eileiter bildeten, aus deren abdominalen Enden der Eiter hervorquoll.

Eine Tatsache schließlich gefährdet am meisten die Existenz des Rovsingschen Symptoms, und das ist das Auftreten eines dem McBurney korrespondierenden linksseitigen Schmerzpunktes, welcher sowohl bei Perityphlitis als auch ganz besonders bei Adnexerkrankungen durch Druck gegen die rechte Unterbauchgegend ausgelöst werden kann.

Fall 23 und 25 sollen das illustrieren:

Fall 23. Pyosalpinx dext., Pelveoperitonitis.

	Druck	Schmerz
Am 10. Oktober 1907	*links* rechts	*rechts* (Rovsing) rechts
Am 8. November 1907	links *rechts*	— *links*

Fall 25. Pyosalpinx dext., Peritonismus.

	Druck	Schmerz
Am 20. Oktober 1907	*rechts* links	*links* links
Am 7. November 1907	rechts *links*	rechts *rechts* (Rovsing)
Am 10. November 1907	rechts *links*	rechts *rechts* (Rovsing)

Das Rovsing'sche Symptom fehlt bei denjenigen Fällen, bei welchen das Peritoneum nicht entzündet ist. Darin müssen wir beistimmen. Fälle von Psoasabszeß, Ureteritis und Pyelitis hatten das Symptom nicht. Merkwürdigerweise trifft man das Symptom bei Leuten, welche keinen Wurmfortsatz mehr haben; d. h. in solchen Fällen von Exstirpationen des Wurmfortsatzes, bei welchen die Bauchdecken geschlossen wurden.

Für die Erklärung des Rovsing'schen Zeichens ist unserer Meinung nach der Zustand des Peritoneum parietale an erster Stelle maßgebend; an zweiter folgen Zug und Druck am Mesenterium und am Netz. Wenn man einen Druck auf das entzündete Peritoneum parietale ausübt, so wird derselbe als Schmerz empfunden. Dieser Schmerz kann am typischen McBurney'schen Punkte hervorgerufen werden. Wird derselbe durch Druck auf die linke Unterbauchgegend ausgelöst, so geschieht das durch Anschlagen der verdrängten und meist atonischen Darmschlingen an die entzündeten Partien des Peritoneum parietale der rechten Seite. So erklärt sich auch der Schmerz, welcher nach einer Intervalloperation nach dem Rovsing'schen Modus ausgelöst werden kann. Das frisch vernähte Peritoneum bietet dem fortgeleiteten Druck einen verminderten Widerstand, seine Wundränder werden gezerrt und rufen Schmerz hervor. Eine Fortleitung des Druckes durch das Kolon allein ist nicht gut möglich. Zunächst ist das Colon descendens von Dünndärmen überlagert, welche zuerst komprimiert werden müssen, bevor man an das Kolon gelangt; zweitens nimmt der fortgeleitete Druck zunächst einen geraden Weg quer durch den Bauchraum und keinen, der um zwei Ecken entlang dem Kolon verlaufen muß. Die Tatsache, daß das Rovsing'sche Phänomen auch umgekehrt ausgelöst werden kann, ist dadurch zu erklären, daß die Entzündung auch die linke Unterbauchgegend ergriffen hat. Ein nach links verlaufender Wurmfortsatz und peritoneale Reizung bei Adnexerkrankungen beleuchten das genügend.

Das Medium, das verdrängt wird, besteht aber nicht bloß aus Darmschlingen; entzündlicher Ascites und freier Eiter, Adhäsionen des Netzes und Mesenteriums, sowie Verklebungen der Adnexe schaffen ein derartig vielgestaltiges Bild, daß hieraus sich die Unbeständigkeit des Rovsing'schen Zeichens zur Genüge erklärt. Was aber den Wert der Rovsing'schen Schmerzprojektion mit bezug auf die Indikationsstellung anlangt, so können wir nur abraten, sich auf dieses Zeichen zu verlassen. Es vermag nicht den Ausschlag zu geben wohl aber zu täuschen.

II.

Zu dem Rovsing'schen Symptom.

Erwiderung an Dr. A. Hofmann.

Von

Prof. Dr. Thorkild Rovsing in Kopenhagen.

Die sehr unbefriedigenden Erfahrungen, welche Hofmann in 34 Fällen von Appendicitis und Salpingitis mit dem »Rovsing'schen« Symptom gemacht hat, stehen in so schroffem Widerspruch mit meinen durch $3^1/_2$ Jahre gemachten Erfahrungen, daß sie meiner Meinung nach ebenso wie Lauenstein's Täuschung nur auf Mißverständnis oder fehlerhafter Anwendung meiner Methode beruhen können.

Leider ist die Mitteilung Hofmann's diesbezüglich so kurz gefaßt, daß es unmöglich ist, direkt nachzuweisen, worin der Fehler steckt. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist es eine fehlerhafte Technik. Hat Hofmann z. B. sowie Lauenstein, dessen Kritik er sich ohne Reservation anschließt, »einen kurzen, raschen Druck auf die linke Unterbauchgegend« geübt, so ist es kein Wunder, daß seine Resultate unbefriedigend geworden sind.

Die richtige Anwendung meiner Methode erheischt eine sorgfältige Aufsuchung und Isolierung des Colon ascendens in der linken Fossa iliaca: die nebeneinander flach aufgelegten Finger der linken Hand werden von der rechten längs dem Beckenrande langsam in die Fossa iliaca niedergedrückt, so daß die Dünndarmschlingen nach innen geschoben werden und nun das Kolon fest gegen die Unterlage gedrückt. Nun werden die fest komprimierenden Finger langsam nach oben gegen die linke Flexur hinaufgeschoben und so der Darminhalt unter genügend erhöhten Druck gesetzt, um auf das Coecum einzuwirken. Die ganze Methode ruht auf isolierter Druckerhöhung im Kolon.

Daß Hofmann das Prinzip meiner Methode nicht recht verstanden hat, erhellt aus folgenden Äußerungen von ihm:

1) »Das Rovsing'sche Symptom fehlt bei denjenigen Fällen, bei welchen das Peritoneum nicht entzündet ist.« Diese Behauptung ist ganz unrichtig. Ich habe noch niemals das Symptom bei einfacher Endoappendicitis, bei welcher Schmerz bei direktem Druck an McBurney's Punkt ausgelöst wurde, vermißt. Gerade bei Fällen ohne Peritonitis tritt das Symptom am reinsten und schönsten hervor; denn hier kann Druck auf den Dünndarm niemals Schmerzen an McBurney's Punkt bewirken.

2) Hofmann sagt weiter: »Merkwürdigerweise trifft man das Symptom bei Leuten, welche keinen Wurmfortsatz mehr haben«. Hätte Herr Hofmann meine Methode verstanden, so konnte ihm dies nicht als merkwürdig erscheinen; denn der erhöhte Druck wirkt ja eben auf das Coecum, und das Symptom gilt — wie auch die Überschrift meiner Abhandlung sagt — für Typhlitis ebensogut wie für Appendicitis, ja noch sicherer.

3) »Eine Fortleitung des Druckes durch das Kolon allein ist nicht gut möglich.« »Das Kolon ist von Dünndärmen überlagert, welche zuerst komprimiert werden müssen. Der Schmerz kann am typischen McBurney'schen Punkt hervorgerufen werden. Wird er durch Druck auf die linke Unterbauchgegend ausgelöst, so geschieht das durch Anschlagen der verdrängten und meist atonischen Darmschlingen an die entzündeten Partien des Peritoneum parietale der rechten Seite.« — Wären diese Behauptungen richtig, warum hat dann Hofmann nur dreimal — immer bei diffuser Peritonitis — unter 18 Fällen von Appendicitis durch seine Kompression des Dünndarmes Schmerz an McBurney's Punkt hervorgerufen? Das stimmt viel besser mit meiner Erfahrung, daß Druck auf den Dünndarm nur bei

verbreiteter Peritonitis Schmerzen in der Ileocoecalgegend bewirkt, während sonst nur die genaue Kompression des Colon descendens den typischen Schmerz auslöst. Die natürlichste Erklärung der Hofmann'schen Resultate ist die, daß ihm nur ausnahmsweise meine methodische Kompression von Colon descendens gelungen ist.

Dr. Hofmann sagt weiter ganz unrichtig, »ich verlange von meinem Symptom, daß es nicht bloß den McBurney'schen Punkt ersetze, sondern durch sein Fehlen einen wertvollen Fingerzeig bilde zur Abgrenzung gegen die Entzündungen, welche die nächste Umgebung des Wurmfortsatzes betreffen.« Nein, meine Methode beabsichtigt ja eben, den typischen Schmerz an McBurney's Punkt hervorzurufen — aber durch indirekten Druck, um die Fehldiagnosen auszuschließen, welche der direkt hervorgerufene Schmerz ermöglicht.

Praktisch bedeutungsvoll ist vor allem, die extraperitonealen Ursachen des Schmerzes von den intraperitonealen scheiden zu können. Nun muß Hofmann selbst folgendes erklären: »Fälle von Psoasabszeß, Ureteritis und Pyelitis hatten das Symptom nicht«. Da eben diese Krankheiten, denen noch Wanderniere, Ureterstein und Perinephritis suppurativa hinzugefügt werden könnten, eine Appendicitis bei Druckempfindlichkeit an McBurney's Punkt vortäuschen können, scheint es mir überaus unberechtigt, wenn Dr. Hofmann in folgender abfälliger Weise schließt: »Was den Wert der Rovsing'schen Schmerzprojektion mit Bezug auf die Indikationsstellung anlangt, so können wir nur abraten, sich auf dieses Zeichen zu verlassen. Es vermag nicht den Ausschlag zu geben, wohl aber zu täuschen.« Glaubt Dr. Hofmann wirklich, daß es seinen Pat. gleichgültig sein kann, wenn er eine retroperitoneale Phlegmone durch das gesunde Peritoneum eröffnet statt retroperitoneal durch einen Lumbalschnitt?

Ich habe niemals behauptet, daß meine Methode in allen Fällen sicheren Aufschluß geben könne. So viel muß man nicht verlangen: so wird eine ausgiebige Perforation in die freie Bauchhöhle natürlich eine erhöhte Spannung im Coecum durch meinen Handgriff unmöglich machen, so wird bei diffuser Peritonitis mit mächtigem Meteorismus der aufgeblähte Dünndarm es unmöglich machen, am Colon descendens vorzudringen; eine von außen, z. B. von einer Salpingitis auf Coecum und Appendix übergreifende Entzündung wird natürlich eine Perforationsappendicitis vortäuschen usw.

In solchen Fällen ist Unzulänglichkeit der Methode aber nicht von großer Bedeutung; denn die Diagnose: Peritonitis diffusa ist sicher genug und die Laparotomie augenblicklich vorzunehmen.

Ich kann nur sagen, daß meine kleine Methode sich in meinen Händen mehr und mehr als sehr nützlich, ja unentbehrlich erwiesen hat, und ich wage trotz Dr. Hofmann's Anathema sie nochmals meinen Kollegen warm zu empfehlen; aber ich bitte, daß die Methode genau nach meiner Anweisung ausgeführt, und daß ihre Aufschlüsse cum grano salis benutzt und verwertet werden.

---

17) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

169. Sitzung, den 10. Februar 1908.

Vorsitzender: Herr Rotter.

1) Herr J. Israël bespricht einen Fall diffuser Cholangitis bei Cholelithiasis, in welchem er durch Cholecystektomie mit Entfernung von Choledochussteinen und durch Hepaticusdrainage einen sofortigen Abfall des remittierenden Fiebers erzielte und die schon sehr elende Pat. zu glatter Genesung brachte. Es fanden sich in der Leber zahlreiche bis pflaumengroße Abszesse, die alle unberührt blieben. Im Eiter wurden Colibakterien gefunden.

J. weist auf einen schon früher von ihm in der Freien Vereinigung referierten Fall eitriger Cholangitis hin, in dem es gelungen war, durch denselben operativen Eingriff wie im obigen Falle Heilung zu erzielen. Man darf also solche Fälle,

so ernst auch im allgemeinen die Prognose ist, nicht verloren geben, soll vielmehr eingreifen und der mit Entzündungserregern beladenen und gestauten Galle einen Abfluß nach außen verschaffen; dann wird der Organismus, wenn man nicht zu spät kommt, die in der Leber entwickelten Entzündungsherde noch eliminieren können.

2) Herr Rave: Ein Fall von septischer Hautgangrän.

R. stellt eine Frau vor aus der chir. Abteilung des St. Hedwig-Krankenhauses, bei welcher sich von einer oberflächlichen Hautwunde am rechten Unterschenkel aus eine Infektion der Körperoberfläche entwickelt hatte, die zur Gangrän großer Hautpartien führte. Nach eingehender Besprechung der Differentialdiagnose wurde die Erkrankung als Ecthyma gangraenosum klassifiziert, jene seltene Hautkrankheit, welche fast nur bei kachektischen Kindern vorkommt und meist letal endet. Die bakteriologische Untersuchung (Prof. Morgenroth) ergab das Vorhandensein von Staphylokokkus pyogenes albus. Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß die Erkrankung bei einer erwachsenen, bis dahin gesunden Frau beobachtet wurde, daß volle Genesung eintrat und der Staphylokokkus pyogenes albus allein der Erreger der Krankheit war. Die Überhäutung der sehr großen Hautdefekte erfolgte spontan von Resten der Epithelfollikel aus, ohne daß Transplantation nötig gewesen wäre.

Diskussion. Herr Sonnenburg bemerkt, daß ganz ähnliche Krankheitsbilder vorkommen bei Personen, welche artefizielle Hautreize durch Kantharidenpflaster u. ä. angewandt haben; er hat solche Fälle als Leiter der kgl. Universitäts-Poliklinik unter v. Langenbeck wiederholt gesehen.

Herr Rave erwidert, daß es sich dabei wohl um hysterische Personen gehandelt habe, was Herr Sonnenburg bestätigt.

3) Herr Petermann: Über Carcinoma coli.

Es kamen in den letzten 14 Jahren 115 Fälle von Dickdarmkrebs in der chir. Abteilung des St. Hedwig-Krankenhauses in Behandlung, 68 Männer, 47 Frauen. Die Mehrzahl der Pat. gehörte dem 4., 5. und 6. Dezennium an. Bei den 115 Pat. kamen 117 Tumoren zur Beobachtung. Bei 2 Pat. fanden sich je 2 Tumoren. Die weit größte Anzahl gehörte der Flexura sigmoidea an, 56. Am Coecum wurden 13, am Colon ascendens 7, an der Flexura dextra 12, Colon transversum 17, an der Flexura lienalis 8, am Colon descendens 4 Tumoren beobachtet.

Von den 115 Fällen waren operabel 58, inoperabel 57. Die Operabilität eines Kolontumors läßt sich in vielen Fällen erst nach einer Laparotomie entscheiden, da Verwachsungen mit den Nachbarorganen sich in vielen Fällen als nur entzündlich erwiesen, ferner auch die Größe eines durch die Bauchdecken gefühlten Tumors oft täuscht, weil durch Verwachsungen mit dem Netz, Schrumpfung eines großen Darmabschnittes, Aneinanderlagern der Appendices epiploicae die eigentliche kleine karzinomatöse Geschwulst als ein viel größerer Tumor imponieren kann. Mehrfach wurde ein Stück der Blase mit reseziert, und mehrere dieser Fälle sind dauernd geheilt geblieben. Im Ileus wurden 47 Pat. operiert mit einer Mortalität von 57%.

Alsdann bespricht P. kurz die Radikaloperation bei Dickdarmkrebs. Die Resektion des Tumors mit primärer zirkulärer Naht ist wegen der hohen Mortalität (50%) zu verwerfen. Dagegen lieferte die Resektion mit seitlicher Apposition bessere Resultate, die Mortalität war gleich Null. Für die Tumoren der Ileocoecalgegend, des rechten Kolonwinkels, sowie des Anfangsteils des Colon transversum ist als Radikaloperation die Resektion des Tumors mit nachfolgender Enteroanastomose zu empfehlen. Von 12 Operierten starben 3 (1 inoperabler Fall, 1 Pat. über 65 Jahre an Kachexie). Das zweizeitige Operationsverfahren nach v. Mikulicz wurde in 23 Fällen zur Anwendung gebracht. Es starben 3 Pat., 2 im Anschluß an die erste Operation (inoperable Fälle), 1 Pat. im Anschluß an die Schlußoperation (73jährige dekrepide Frau). Die Anlegung der Spornquetsche zur Herstellung der Anastomose machte in 10 von 18 Fällen dem Pat. ziemlich heftige Beschwerden. In 4 Fällen verengerte sich die Anastomosenöffnung nach einiger

Zeit derartig, daß Ileuserscheinungen auftraten und eine neue Anastomose gemacht werden mußte. Das dreizeitige Operationsverfahren nach Schloffer wurde in 9 Fällen zur Anwendung gebracht. Bei den meisten dieser Fälle war vorher im Ileus eine Kotfistel angelegt. Im Anschluß an den zweiten Akt der Operation starb 1 Pat. (Abszeß an der Nahtstelle).

Die Dauererfolge nach der Resektion des Dickdarmkrebses sind gute. Von 17 Pat., welche die Operation überstanden, lebten 2 Jahre nach der Operation noch 11 = 64%, länger als 3 Jahre nach der Operation waren von 11 Pat. 7 = 63% rezidivfrei. Unter den dauernd Geheilten finden sich auch 2 Fälle von Carcinoma gelatinosum. Auch bei mehreren jüngeren Pat. (29—34 Jahre) wurde Dauerheilung beobachtet.

4) Herr Eschenbach: Über Nabelbrüche.

E. berichtet über 65 Fälle von Nabelhernien, 59 Erwachsene und 6 Kinder, welche im St. Hedwig-Krankenhause beobachtet wurden. Die Brüche waren bei allen Erwachsenen mit einer einzigen Ausnahme im späten Alter entstanden, und beinahe bei allen war ein allmähliches Größerwerden zu konstatieren. Angeborene Nabelhernien sind daher eine sehr seltene Erscheinung.

Der prinzipielle Unterschied der verschiedenen Nabelbruchoperationen liegt bloß darin, daß in dem einen Falle nur die Aponeurose zur Bildung der Bauchnaht verwendet wird, während im zweiten Fall auch der M. rectus mit zum Schluß der Bruchpforte herangezogen wird.

Unserer Statistik nach ist der springende Punkt, eine feste Vereinigung der Aponeurose herbeizuführen; außerdem ist die Etagennaht (mit Verwendung des M. rectus) oft gar nicht, oft nur mit Schädigung des Muskels auszuführen. Bloß bei Kindern ist die Etagennaht angezeigt.

Die Omphalektomie halten wir ebenfalls für belanglos, wir machen stets Medianschnitt.

Wir machten zuerst Etagennaht; von den 11 so operierten Kranken wurden nachuntersucht 8; es fanden sich 3 Rezidive.

Bei 6 Kranken wurde die Längsraffung, bei 5 Aponeurosenplastiken vorgenommen; 9 davon konnten nachuntersucht werden; es fanden sich 6 Rezidive.

An 17 Pat. endlich wurde mit Querraffung operiert, sie wurden sämtlich nachuntersucht; es fand sich nur 1 Rezidiv. Es wird daher die quere Raffung angelegentlichst zur Nachprüfung empfohlen, da dieselbe auch bei großen Brüchen, außerdem ohne weiteres präparatorisches Vorgehen und sehr schnell ausführbar ist.

Diskussion. Herr Kausch empfiehlt ebenfalls die quere Raffung, ist aber der Meinung, daß Catgut ihm für die Naht nicht sicher und dauerhaft genug sei.

Herr Bier empfiehlt auch die Raffung, er hat sie meist in der Längsrichtung ausgeführt und dabei gute Dauerresultate gehabt. Oft sei die ganze Operation unter Lokalanästhesie auszuführen.

5) Herr Rotter: Eine neue Operationsmethode zur Heilung veralteter Kniescheibenbrüche.

Nach Besprechung der bisher angegebenen bzw. üblichen Operationsmethoden schildert R. sein Vorgehen bei einer Pat., welche an einer doppelseitigen veralteten Patellarfraktur litt. Die der rechten Kniescheibe war vor 8 Jahren eingetreten, das rechte Bein konnte zum Laufen, nicht zum Treppensteigen benutzt werden, weil die Streckfähigkeit zum größten Teil verloren gegangen war. Die Fraktur der linken Kniescheibe war vor 1 Jahr entstanden; sie komplizierte sich mit Venenthrombosen, weshalb sie nur mit Bettruhe hatte behandelt werden können; die Gehfähigkeit war links noch schlechter als auf der rechten Seite; die Pat. konnte nur mit Stöcken gehen, sie vermochte gar nicht, Treppen zu steigen. Rechts Diastase der Fragmente von 5 cm; Streckfähigkeit um 30° vermindert, kraftlos, Beugung normal; das obere Fragment beträgt $^1/_4$, das untere $^3/_4$ der Patella. Links Diastase von 7 cm; oberes Fragment nur $1^1/_2$ cm breit; Streckfähigkeit um mehr als 45° vermindert, Beugung geht nur bis zum rechten Winkel; erheblich stärkere Atrophie der Waden- und Oberschenkelmuskulatur als rechts. Nach einer vor-

bereitenden Heftpflasterextension, welche die Fragmente bis auf 2 cm aneinander brachte, wurde zur Operation des linken Beines geschritten. Bei Entfernung der Extension wichen die Fragmente auf 5 cm auseinander. Freilegung derselben durch einen Bogenschnitt, Exzision der Narben. Ein quer durch die Fragmente gelegter Silberdraht vermochte sie nur auf 2 cm zu nähern. R. legte nun nach Knotung des Drahtes einen aus der Aponeurose des M. rectus femoris geschnittenen, 3 cm breiten, 7 cm langen medianen Fascienlappen, dessen Basis an der Patella lag, über die angefrischte Oberfläche der Fragmente und nähte ihn daselbst mit Catgut fest, ebenso am Lig. patellae proprium; auch der Kapselriß wurde genäht. Gipsverband 17 Tage hindurch; reaktionslose Heilung. Nach einigen Wochen konnte das Bein wieder vollständig gestreckt und bis zum rechten Winkel gebeugt werden. Vorstellung der Pat., die sich jetzt 8 Monate nach der Operation befindet; sie vermag mit dem linken Beine Treppen zu steigen. Das Röntgenbild zeigt eine Diastase der Fragmente von $2^1/_2$ cm; der Silberdraht ist zerrissen, so daß sie also allein durch den Fascienlappen gehalten werden. Gegenüber den sonst am meisten und mit dem relativ besten Erfolg geübten Methoden v. Bergmann's (Mobilisierung des unteren Fragmentes durch Abmeißelung der Tuberositas tibiae; nur bei geringer Diastase erfolgreich) und der von Schanz (Überpflanzung des M. sartorius auf die rinnenförmig angefrischten Fragmente) wird bei R.'s Vorgehen der natürliche Strecker — der M. quadriceps — ausgenutzt; die seitlichen Teile der Aponeurose und der M. rectus bleiben unversehrt. Der Aponeurosenlappen, der besonders am Ansatze mit einigen Muskelbündeln in Verbindung blieb, ist unverändert geblieben und hat sich nicht gedehnt, obgleich der Silberdraht gerissen ist; vermutlich würde er auch stärkeren Ansprüchen, z. B. beim Springen, ebenso gewachsen sein, wie eine bindegewebig vereinigte Patella.

Diskussion. Herr Sonnenburg bemerkt, daß er einige Male das v. Bergmann'sche Verfahren ohne befriedigenden Effekt für die Annäherung der Fragmente angewendet hat. Das Rotter'sche Verfahren sei ein Fortschritt gegenüber den bisherigen Methoden.

6) Herr Rotter: Über die Pathogenese und operative Behandlung des Prolapsus recti.

R. erläutert zunächst den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Pathogenese des Mastdarmvorfalles. Er beruht auf der Lockerung 1) des Beckenbodens — Os coccygis, Levator und Sphincter ani und Beckenfascien; bei normaler Gestaltung desselben (Hoffmann) ruht das Rectum pelv. horizontal auf demselben, von der inneren Analöffnung zum Kreuzbein verlaufend. Der vom Douglas'schen Raum aus wirkende intraabdominelle Druck preßt die Wände des Rectum pelvinum gegeneinander, ohne auf den Sphincter ani wirken zu können, der von der Prostata bzw. dem Uterus gedeckt wird. Erst bei der Defäkation wird der Sphinkter durch Wirkung des Levator nach hinten gezogen an den tiefsten Punkt des Beckenbodens unter gleichzeitiger Änderung des Verlaufes der Analportion aus schiefer Richtung in eine gerade und ist nunmehr auch der Wirkung des intraabdominellen Druckes unterworfen. Beim Prolapsus recti ist der M. sphincter erschlafft, der Analkanal erweitert, mehr gerade verlaufend, der innere Analwulst kaum fühlbar; dabei liegt die Afteröffnung weiter rückwärts und am tiefsten Punkte des Beckenbodens. Auch der M. levator ist erschlafft und der ganze Beckenboden gesenkt. Die Douglasfalte und die vordere Rektalwand werden wie ein Pfropf in die innere Analöffnung gedrängt und gleiten auf der schiefen Ebene der hinteren Rektalwand immer mehr abwärts. Von den weiteren Befestigungsmitteln ist 2) das Beckenbindegewebe zwischen Rektum bzw. Colon pelvinum und kleinem Becken gedehnt und läßt eine abnorme Verschieblichkeit des Mastdarmes zu. 3) Endlich ist oft ein abnormer angeborener Tiefstand der Douglasfalte (Waldeyer, Ludloff) für das Zustandekommen des Prolapses von Bedeutung.

Von den Operationsmethoden zur Beseitigung des Prolapses haben diejenigen, welche die tiefstehenden Douglasfalten beseitigen wollen, wegen ihrer technischen Schwierigkeit geringe Bedeutung erlangt; die Suspensionsmethoden, welche das Rektum bzw. Kolon am Kreuzbein oder auf der Beckenschaufel durch Nähte fixieren

wollen, haben selbst in Verbindung mit der Sphinkterverengerung ungenügende Dauerresultate gegeben. Von den Methoden, welche eine Wiederherstellung der normalen Verhältnisse des Beckenbodens erstreben, gibt zunächst in leichteren Fällen die Thiersch'sche Methode der Einlegung eines Drahtringes in den Sphinkter oft recht gute Resultate (Lenormant hatte unter 27 geheilten Fällen 4 Rezidive); während der 1—1½ Jahre, wo der Ring getragen werden muß, haben jedoch die Pat. mancherlei Beschwerden bei der Defäkation durch den Fremdkörper. Die Methode von Verneuil, bei der ein Keil aus dem Sphinkter samt Schleimhaut geschnitten und der Defekt wieder genäht wird, ist nicht empfehlenswert, weil sie die Kontinenz des Sphinkters schwächt und die Nähte allzusehr der Infektion aussetzt. Besser ist Helferich's Methode, welcher die Schleimhaut vom hinteren Teile des Sphinkters ablöst, indem er mit dem Schnitt an der hinteren Zirkumferenz des Anus beginnt; er vereinigt die hinteren Schenkel des Sphinkters durch quere Naht, ohne sie durchschnitten zu haben, wobei dann auch die Hautnaht außerhalb des Aftereinganges liegt.

Hoffmann operiert auf Grund seiner Untersuchungen folgendermaßen: Halbmondförmiger Schnitt an der hinteren Umrandung des Sphinkters bis auf den muskulären Beckenboden, Freilegung des Levator und der hinteren Partie des Sphinkter. Während der Sphinkter mit einem Haken nach vorn gezogen wird, werden quere Nähte durch die Muskulatur des Beckenbodens gelegt, wodurch der Beckenboden und die innere Afteröffnung nach vorn geschoben und der ganze Beckenboden durch Raffung des Levator gehoben wird. 5 Fälle blieben rezidivfrei. Noch besser erscheint die Methode von Rehn und Delorme; der Vorfall wird möglichst hervorgezogen und die Schleimhaut, vom After beginnend, zirkulär abpräpariert in Ausdehnung von ca. 15 cm; die bloßliegende Muscularis wird durch 6 Raffnähte in Querfalten zusammengezogen von der Analhaut bis zum Mucosarand; es entsteht dadurch ein zirkulärer Muskelwulst am Anus, der sich zum Schluß in den Darm bis über den Sphinkter hinauf zurückschiebt; er verengert den Anus und unterstützt den Sphinkter. Der Schleimhautzylinder wird soweit abgeschnitten, daß Mucosa und Analhaut bequem vernäht werden können.

Die Fälle Rehn's und Delorme's verliefen meist glatt und blieben sämtlich rezidivfrei; auch Bier operierte drei Fälle mit gutem Dauerresultat. Die Methode wird den Forderungen der Pathogenese im weitesten Umfange gerecht. Vortr. hat drei Fälle nach dieser Methode operiert; in einem Falle war der Vorfall nach einer Excisio recti wegen Proctitis ulcerosa aufgetreten; die beiden anderen waren typische Prolapse. Die Operationen verliefen glatt, ebenso die Rekonvaleszenz, so daß die Pat. mit 14 Tagen beschwerdefrei das Bett verließen; man fühlte oberhalb des Sphinkter internus deutlich den dicken Ringwulst der gefalteten Muscularis. Bei zwei Pat., der, welche früher an Proctitis ulcerosa litt und einer zweiten korpulenten Dame, besteht jetzt, 7 und 8 Monate p. op., keine Neigung zum Vorfall. Dagegen wurde bei der dritten Pat., einer mageren Frau, bereits 3 Monate p. op. konstatiert, daß der Mastdarm sich beim Pressen wieder entsprechend der Douglasfalte vordrängt, also Neigung zum Rezidiv zeigt. Außerdem fand R. bei allen drei Pat. den durch Faltung der Muscularis entstandenen Wulst wieder fast vollständig verschwunden; die Muscularis war also der Atrophie verfallen; bei dem zum Rezidiv neigenden Fall ist das offenbar zu frühzeitig geschehen. Es empfiehlt sich zur Vermeidung eines solchen Rezidivs, in jedem Falle Rehn-Delorme'scher Operation dem Beckenboden noch eine Verstärkung zu geben durch Sphinkterverengerung, wozu Rehn und Delorme schon geraten haben, falls der Sphinkter besonders weit sei; in dem rezidivierten Falle des Vortr. erschien er übrigens nicht besonders weit.

R. empfiehlt deshalb, in jedem Falle Rehn-Delorme'scher Operation noch eine Sphinkterverengerung nach Helferich oder eine Beckenbodenverstärkung nach Hoffmann zu machen; damit würden die ohnehin schönen Resultate der Operation noch vollkommener werden.

Diskussion. Herr Bier hat die letztere Kombination mehrmals angewandt und dabei gute Dauerresultate erzielt. **Richard Wolff** (Berlin).

18) **D'Arcy Power.** A address on some misleading abdominal cases. (Brit. med. journ. 1907. Januar 25.)

Verf. bringt aus seiner großen Erfahrung eine lehrreiche und lesenswerte Kasuistik von acht Fällen aus dem Gebiete der Bauchchirurgie, deren klinische Zeichen verhängnisvoll irreleitend für die Erkennung des Krankheitsbildes wurden und zum großen Teil auch unter falscher Diagnose operiert wurden. Beispiele sind: Vortäuschung von Durchbruch eines Ulcus duodeni durch eine Appendicitis, von Perforation durch eine einfache Dyspepsie, von chronischer Appendicitis durch Pylorusstenose, von Appendicitis durch eine echte Typhlitis usf. Verf. knüpft daran die Mahnung, stets bereit zu sein, eine Diagnose zu ändern, und damit das chirurgische Handeln. — Als bezeichnend für Magenerweiterung bei Pylorusstenose erwähnt Verf. ein bisher nicht beachtetes Symptom: eine eigentümliche Rauhigkeit, eine gänsehautartige Beschaffenheit der Haut, die man angeblich nie bei anderen Baucherkrankungen findet. **Weber** (Dresden).

19) **Steinthal.** Über Bauchverletzungen. (Med. Korrespondenzbl. d. württemb. ärztl. Landesvereins 1908. März 7.)

Vier Fälle aus dem Stuttgarter Katharinenhospital.

1) Perforation eines Magengeschwüres. Operation 2 Stunden nach dem vermuteten Durchbruche. Doppelstecknadelkopfgroße Perforationsöffnung $1\frac{1}{2}$ cm unterhalb der kleinen Kurvatur des Pylorus innerhalb einer ziemlich großen infiltrierten Narbe. Schluß der Öffnung, hintere Gastroenterostomie, Drainage, glatte Heilung.

2) Schußverletzung des Darmes aus großer Nähe, Operation nach 5 Stunden. An einer der unteren Ileumschlingen fünf halblinsengroße Öffnungen, die teils durch Schleimhautvorfall verschlossen sind und durch einfache Serosaübernähung versorgt werden. Eine Blutung aus der verletzten V. iliaca externa dextra wird durch doppelte Unterbindung der Vene gestillt. Heilung.

3) Subkutane Bauchverletzung durch Überfahrenwerden mit völliger Durchreißung der Plica duodeno-jejunalis (cf. Münchener med. Wochenschrift 1908, Nr. 4).

4) Subkutane Bauchverletzung durch Hufschlag gegen die Gegend oberhalb der Symphyse. Operation 16 Stunden später; es besteht bereits eitrige Peritonitis; am Dünndarm eine matsche Stelle, innerhalb deren eine linsengroße Perforation liegt. Die Perforationsöffnung wird zur Enterostomie benutzt. Drainage der Peritonealhöhle nach Rehn-Noetzel, Heilung. S. hat mit diesem Verfahren noch mehrere andere Fälle schwerer Bauchfellentzündung retten können. **Mohr** (Bielefeld).

20) **Stirling.** Three cases of perforation of the stomach and intestine. (Intercolonial med. journ. of Australasia 1908. Januar 20.)

1) Nadelstichgroßes perforierendes Geschwür des Pylorus; trotz reichlicher Entleerung von Mageninhalt Heilung nach Übernähung der Öffnung und (wegen der Pylorusstenose) Gastrojejunostomia posterior.

2) Perforation des Ileum nach Fall auf den Bauch. Operation 50 Stunden später. Kleinerbsengroße, runde, scharfrandige Darmperforation, diffuse eitrige Peritonitis. Drainage an mehreren Stellen, Heilung. Der Hergang war hier folgendermaßen zu erklären: Pat. litt seit Jahren an Leistenbruch, der sofort nach dem Unfall irreponibel und schmerzhaft wurde. Bei der Operation wurde zunächst die Herniotomie ausgeführt; es fand sich im Bruchsacke blutig gefärbter Eiter, sonst kein Inhalt. Pat. war vermutlich mit der Gegend des (zum Teil ausgetretenen) Bruches auf einen Stein aufgefallen, es war innerhalb des Bruchsackes eine Darmperforation entstanden, und durch Entweichen des Gases die Schlinge kollabiert und in die Bauchhöhle zurückgeschlüpft, worauf eine diffuse Peritonitis einsetzte.

3) Schußwunde des Magens, Operation nach $4^1/_2$ Stunden, kleine Einschußöffnung an der Vorderwand des Pylorus, größere Ausschußöffnung mit Schleimhautvorfall an der hinteren Magenwand. Kein weiteres Organ war verletzt. Schluß der Magenwunden, Drainage, glatte Heilung. Das Geschoß wurde nicht gefunden.

Mohr (Bielefeld).

21) W. N. Derewenko. Zur Frage der Spätbefunde im Peritoneum nach Perforationsperitonitis. (Spontanheilung nach Schußverletzung des Darmes.)

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Daß Darminhalt im Bauchfell einheilt, ist schon mehrfach beobachtet worden. D. bringt einen sechsten Fall der Art.

Ein 29jähriger Soldat erhielt bei Mukden auf ca. 700 Schritt ein Geschoß in den Leib. Er blieb 12 Stunden liegen, kroch dann eine Strecke und wurde schließlich bis Mukden getragen, von wo er nach Japan befördert wurde. 13 Monate nach der Verletzung wurde er in Petersburg in die Fedorow'sche Klinik aufgenommen. 3 Querfinger rechts oberhalb des Nabels fand sich die Einschuß-, rechts hinten neben der Wirbelsäule die Ausschußnarbe. Beim Aufblähen des Darmes hatte Pat. regelmäßig heftige Schmerzen in der Gegend des Einschusses und unter dem rechten Rippenbogen. Das war der einzige Befund. Da die anfallsweisen, bald ohne Grund, bald nach dem Essen auftretenden, zuweilen sehr heftigen Schmerzen sich nicht beseitigen ließen, kam es zur Operation (W. A. Oppel). Keine Verwachsungen an der Einschußstelle. Auf den Därmen, Mesenterium und Netz fanden sich hanfkorngroße, weißliche und braunrötliche, subseröse Knötchen. Eine Schlinge wies eine sternförmige Narbe auf. Von ihrem Mesenterium zogen drei Stränge in das Becken hinab, wo sie in das Netz übergingen, das seinerseits mit der vorderen Blinddarmwand verwachsen war. Diese Verwachsungen wurden gelöst, die Stränge (bis 25 cm lang) exstirpiert. Endlich wurde eine Schlinge gefunden, deren Schenkel durch einen Strang verbunden waren, d. h. fast antimesenterial gelegen waren, zwei trichterförmige Ausziehungen der Darmwand, durch einen Strang verbunden. Mikroskopisch bestand der Strang aus derber Narbe. Nach den Ausziehungen hin mischten sich immer zahlreicher Muskelfasern bei. Da nach Exstirpation dieses Gebildes die Darmlichtung zu eng wurde, mußte eine Anastomose gemacht werden. Die Knötchen enthielten als Kern Pflanzenzellen.

Für den glücklichen Ablauf der Peritonitis macht D. neben der Jugendlichkeit der Verletzten, der vermutlichen Wasserarmut und geringen Virulenz des Darminhaltes auch den Umstand mit verantwortlich, daß der Kranke nicht mit einem der zweiräderigen Sanitätskarren transportiert, sondern getragen wurde.

V. E. Mertens (Kiel).

22) R. Casanello. Sull' appendicite traumatica.

(Clinica moderna 1907. Nr. 36.)

Bei einem 24jährigen Grenzjäger, der in voller Gesundheit bei Ausübung des Dienstes mit dem Bauch auf ein Hindernis fiel, entwickelte sich im unmittelbaren Anschluß an das Trauma eine typische Appendicitis, die wiederholte Operationen nötig machte. Verf. nimmt an, daß es durch das Trauma zu einer Kontusion des vorher ganz gesunden Wurmes kam. Eine gleichzeitige Ruptur der Schleimhaut und Blutaustritt in die Umgebung schufen den Boden für die Entwicklung des akuten infektiösen Prozesses. Nach einer eingehenden Berücksichtigung der Literatur (ausführliche Angaben) kommt Verf. zum Schluß, daß genau so wie die übrigen Teile des Darmkanales auch der Wurm stumpfer Gewalteinwirkung ausgesetzt sei, besonders dann, wenn er an der Außenseite des Blinddarmes liege. Mechanische Schädigungen können auch am gesunden Wurm einen infektiösen Prozeß bedingen, noch leichter bei vorher schon pathologisch verändertem oder einem solchen, der Kotsteine oder sonstige Fremdkörper enthält.

Strauss (Nürnberg).

23) **Syme.** Appendicitis.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1908. Januar 20.)

S. hat bei 123 Operationen im akuten Anfall 41mal innerhalb der ersten 36 Stunden operiert und tritt auf Grund seiner Erfahrungen energisch für die Frühoperation ein; bei 9 derartigen Operationen war bereits allgemeine Peritonitis vorhanden, an welcher 2 Pat. starben, die übrigen 39 genasen sämtlich. Auch der weitere Verlauf und die Dauer der Krankenhausbehandlung gestaltete sich bedeutend günstiger, wenn innerhalb der ersten 36 Stunden operiert wurde. Von 32 Kranken mit allgemeiner Peritonitis zur Zeit der Operation starben 5. Die Resultate der Peritonitisbehandlung besserten sich erheblich, seit die Murphy'sche Methode durchgeführt wurde (15 Fälle ohne Todesfall). S. macht darauf aufmerksam, daß die zurückbleibenden Verwachsungen unter Umständen weit entfernt von der Ileocoecalgegend einen Ileus hervorrufen können, während letztere vollkommen frei ist. **Mohr** (Bielefeld).

24) **A. H. Burgess.** An analysis of a recent series of 100 consecutive operations for acute appendicitis.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 25.)

Mit Einschluß der 47 Fälle aus dem Jahre 1906, über die er früher berichtet hat (Referat in d. Ztbl. 1907, Nr. 44) verfügt B. jetzt über 100 Operationen bei Appendicitis im akuten Anfalle. Das Alter schwankte zwischen 3 und 73 Jahren und betrug für den bevorzugten Lebensabschnitt 26 Jahre. Nur 23 Pat. hatten schon vor dem jetzigen einen oder mehrere Anfälle gehabt. Die Zeit, die vom Beginne des Leidens bis zur Operation verstrichen war, betrug 10 Stunden bis zu 3 Wochen. Die Sterblichkeit gestaltete sich kurz so: von 14 Pat. mit reiner Appendicitis starb keiner, von 44 mit umschriebenen Eiterungen um den Wurm herum starben 3, von 33 mit ausgebreiteten, fortschreitenden Peritonitiden (»diffuse, spreading peritonitis«) starb 1, von 9 mit allgemeinen Peritonitiden starben 5. Im Durchschnitt betrug die Sterblichkeit bei allen 100 Fällen 9%. Unter 45 Pat. aus den ersten 4 Tagen starb keiner (!), von den am 5. Tage operierten starben 20%, am 6. 32,3%, am 7. 20% usw. abwärts bis zu 7,9% in der 3. Woche. Diese Ergebnisse sprechen nicht für eine besondere Gefahr der Operation zwischen dem 2. und 5. Tag, aber trotzdem ist die früheste Operation in jedem Falle die beste. **Weber** (Dresden).

25) **Herb.** Diverticulum of the vermiform appendix.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 25.)

Eine 62 Jahre alte Dame wurde wegen Ovarialcyste operiert; dabei wurde auch der Wurmfortsatz mitentfernt, der 18 Jahre früher zu einem Anfalle von Blinddarmentzündung Veranlassung gegeben hatte. Dem Wurmfortsatze (5 cm lang) gehörte ein 7,5 cm im Durchmesser haltendes Divertikel an, das auf Grund der histologischen Untersuchung nur so entstanden zu denken ist, daß damals die Lichtung des Organs strikturiert bzw. verschlossen wurde — der Verschluß war noch nach 18 Jahren vollständig —, und daß die Drüsen der Darmschleimhaut soviel Sekret weiter gebildet haben, daß ein Teil der Wand des Wurmfortsatzes gedehnt und kugelförmig aufgetrieben wurde. **W. v. Brunn** (Rostock).

26) **Grünbaum.** Ein neuer Fall von primärem Krebs der Appendix.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 31.)

In der Landau'schen Privatklinik, in der prinzipiell bei jeder Laparotomie eine Revision des Wurmfortsatzes vorgenommen wird, wurde ein weiterer Fall von primärem Karzinom gelegentlich einer Pyosalpinxoperation als Nebenbefund erhoben (cf. d. Zentralbl. 1907, Nr. 9, p. 260).

Die Zahl der bisher beschriebenen Krebse des Wurmfortsatzes beträgt 70. In klinischer Beziehung fügt sich der beschriebene Fall in das Bild ein, das die bisherigen Forschungen gegeben haben: Jugendliches Alter, relative Gutartigkeit, günstige Prognose. **Langemak** (Erfurt).

27) **v. Baracz.** Ein Beitrag zur Kenntnis und Ätiologie der seitlichen Bauchhernien (Pseudohernien).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von seitlicher Bauchhernie, die durch eine überstandene Poliomyelitis anterior und die mit derselben verknüpfte Muskellähmung verursacht sind. Insgesamt sind mit diesen beiden Fällen in der Literatur acht Fälle publiziert. Vermutlich hat es sich stets um einen Prozeß in dem obersten Lendenmark bzw. im unteren Brustmark gehandelt. Derartige Bauchbrüche sind keine echten, sondern nur Scheinhernien. Vielfach sind diese durch Lähmung der Bauchmuskulatur entstandenen Hernien vergesellschaftet mit Paresen der unteren Extremitäten; doch können wahrscheinlich die Bauchmuskeln allein betroffen sein, bzw. kann deren Lähmung allein zurückbleiben. Im Bereiche der geraden Bauchmuskeln entstehen die Hernien seltener. Eine chirurgische Behandlung wird wohl nur in wenig Fällen möglich sein. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

28) **E. Heller.** Zur Kenntnis der retrograden Darminkarzeration.

(Med. Klinik 1908. p. 151.)

In der Greifswalder Klinik operierte Payr den alten, neuerdings eingeklemmten Bruch eines Greises (Krankengeschichte, zwei Abbildungen), wobei eine retrograde Darminkarzeration und zum erstenmal eine doppelte Mesenterialeinklemmung vor der Lösung des Schnürringes beobachtet wurde. Außerhalb waren sehr kräftige, jedoch erfolglose Rücklagerungsversuche in Chloroformbetäubung ausgeführt worden, von denen Blutunterlaufungen unter die Haut zeugten. Dabei war der peripherste Schlingenteil, der ursprüngliche Bruchdarm, mit seinem Gekröse in die Bauchhöhle zurückgebracht worden. Der neuerdings in den Bruchsack ausgetretene Darmteil, die zu- und abführende Schlinge dieses Verbindungsstückes dagegen waren im Bruchsacke zurückgeblieben. Vorbedingung für diesen Vorgang der Rücklagerung ist eine weite Bruchpforte und eine nicht allzu feste Einklemmung. Die vier Darmlichtungen und das Mesenterium füllen nunmehr die Bruchpforte fest aus.

Damit sind erwiesen als Ursache für die retrograde Einklemmung Taxisversuche, die Möglichkeit der doppelten retrograden Mesenterialeinklemmung, die Beziehung zwischen der Länge einer in dieser Weise eingeklemmten Verbindungsschlinge und der pathologischen Verlängerung des Mesenteriums bei alten Brüchen, endlich als Grund für die Gangrän der Zwischenschlinge die doppelte Strangulation der Mesenterialgefäße wegen des zweifachen Durchtrittes durch die Bruchpforte und wegen ihrer Knickung durch die Faltung der Mesenterialplatte.

Sind Rücklagerungsversuche nicht vorausgegangen, so muß die Ursache der Gangrän durch in der Bauchhöhle selbst gelegene krankhafte Verhältnisse bedingt sein. **Georg Schmidt** (Berlin).

29) **Robertson.** Phlegmonous gastritis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1907. Nr. 26.)

Ausführlicher Krankheits- und Sektionsbericht von zwei Fällen phlegmonöser Gastritis. Es handelte sich um Männer von 75 bzw. 63 Jahren. Als Ausgangspunkt fanden sich beidemal Magengeschwüre, im Fall 1 ein einzelnes, im Fall 2 deren elf.

Als Erreger wurde im Fall 1 der Streptokokkus pyogenes und das Bakterium coli mikroskopisch und durch Kultur festgestellt; Streptokokkus pyogenes fand sich mikroskopisch auch im 2. Falle. — Dauer der Krankheit wenige Tage.

W. v. Brunn (Rostock).

30) **E. Bircher.** Bindesubstanzgeschwülste des Magens.

(Med. Klinik 1908. p. 223.)

Zusammenstellung der bisherigen einschlägigen Veröffentlichungen. Mitteilung zweier operierter und tödlich verlaufener Fälle: 1) Pylorussarkom, das, abgesehen

von außerordentlich raschem Wachstum, alle Zeichen eines Karzinoms aufgewiesen hatte und wahrscheinlich vom Bindegewebe der Schleimhaut ausging; 2) ein im Laufe von 7 Jahren zu Mannskopfgröße angewachsenes gestieltes Fibrom der vorderen Wand der großen Kurvatur. **Georg Schmidt** (Berlin).

31) **Barth.** Über das Duodenalgeschwür.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1908. Nr. 2.)

B.'s Erfahrungen beziehen sich auf acht operativ behandelte Fälle, von denen sechs Männer, zwei Frauen betrafen. Zwei Kranke standen im Alter von 50 und 51 Jahren; das Duodenalgeschwür kennt keine Altersgrenze und bevorzugt im Gegensatz zum Magengeschwür das männliche Geschlecht. Bis auf einen Fall, in dem Alkoholmißbrauch und Lebercirrhose nachgewiesen war, ließ sich ätiologisch nichts feststellen, was die Geschwürsbildung verursacht hätte. Die verdauende Wirkung des sauren Magensaftes ist jedenfalls mitbeteiligt, da die Geschwüre sämtlich oberhalb der Papille saßen. Einmal fehlte allerdings freie Salzsäure im Magensafte. Nur zweimal war die Perforation die erste klinische Erscheinung des Leidens, während in den übrigen Fällen Beschwerden, zum Teil schwerster Art, monate- und jahrelang bestanden hatten. Die anderweitige Erfahrung, daß Blutung und Perforation in $^2/_3$ der Fälle den Kranken ohne alle Vorboten ereilen, hat B. also nicht gemacht und glaubt, daß »es um die Diagnose des Duodenalgeschwürs im Grunde nicht schlechter bestellt ist als um die des Magengeschwürs«. Viermal wurde bei Perforation (drei Todesfälle) und viermal bei Blutung oder chronischen Beschwerde (ein Todesfall) eingegriffen. Bei letzteren wurde die Gastroenterostomie dreimal mit bestem und dauerndem Erfolg ausgeführt. B. empfiehlt deshalb dringend, alle diagnostizierbaren Fälle zu operieren, ehe Perforationen oder Blutungen mit ihren enormen Gefahren eintreten.

Gutzeit (Neidenburg).

32) **Evans and Brenizer.** Notes on the resection of large portions of the small intestine.

(Johns Hopkins hospital bulletin 1907. Dezember.)

Die Verff. haben bei Hunden große Dünndarmresektionen vorgenommen. Bis zu 84,6% des ganzen Dünndarmes konnten entfernt werden, ohne daß die Tiere starben. Wurde mehr fortgenommen, gingen sie regelmäßig ein.

W. v. Brunn (Rostock).

33) **A. M. Faworski.** Resektion eines Sarkoms des Dünndarmes und des Colon descendens.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Während er zu ebener Erde ging, bekam Pat. lebhafte Schmerzen im Leibe, die Tag und Nacht anhielten. Zugleich stellte sich schmerzhafter, häufiger Harndrang ein. 1 Monat später entdeckte Pat. in seinem Leib eine nicht ganz hühnereigroße Geschwulst, die langsam wuchs und angeblich sehr beweglich war. Nach 8 Monaten kam ein Anfall wie der erste, aber mit Erbrechen. Der Schmerzen wegen kam Pat. zur Operation.

In der linken Hälfte des Leibes hatte er eine faustgroße Geschwulst, die nicht ganz bis an die Mittellinie reichte, zwischen Interspinal-, vorderer Axillar- und einer Querlinie etwas oberhalb des Nabels lag. Sie war etwas beweglich, teils glatt, teils höckrig, fest, überall frei, nur schien sie durch einige Stränge mit der Beckenschaufel verbunden zu sein.

Operation: Die Geschwulst war mit dem Netz und der Beckenwand verwachsen. Nach Lösung dieser Verwachsungen ergab sich, daß eine Dünndarmschlinge und das Colon descendens durch die Geschwulst hindurchgingen. Beide Darmteile wurden reseziert und die Stümpfe durch zirkuläre Naht wieder vereinigt. Das Rundzellensarkom umwuchs den Dünndarm 10 cm weit, ohne seine

Lichtung zu verengen. Das Kolon war sekundär ergriffen. Vom Dünndarme wurden 34 cm, vom Kolon 12 cm entfernt.

Knapp 1 Jahr nach der Operation starb Pat. an Rezidiv.

V. E. Mertens (Kiel).

34) **Arbuthnot Lane.** Remarks on the results of the operative treatment of chronic constipation.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 18.)

Der für seine kühnen Indikationen bekannte Verf. (Referate im Zentralblatt 1905 Nr. 35, 1906 Nr. 19) bespricht an der Hand von 39 Fällen die Erfolge seiner Behandlung der chronischen Verstopfung durch Resektion von Blind- und Dickdarm. Die Schmerzen sind ihm nicht mehr die einzige Anzeige zu diesem gewaltigen Eingriff, wie in seinen ersten Fällen, sondern er hat mit zunehmender Erfahrung mehr und mehr erkannt, wie weitgehend die übrigen Folgeerscheinungen der chronischen Verstopfung durch die Autointoxikation sein können. Demgemäß hat er auch die Anzeigen zu seiner Operation erweitert und auf Allgemeinerscheinungen ausgedehnt, ohne aber auf eine straffe Zusammenfassung in bestimmte Forderungen einzugehen. Da manche seiner Operierten, denen er den Dickdarm nur bis an die Flexura lienalis entfernt hatte, später von neuem Beschwerden bekamen, die Verf. auf Gasdehnung in der Flexur und im Colon descendens zurückführte, so entfernte er nachträglich noch den Rest Dickdarm und resezierte in den folgenden Fällen von vorn herein den ganzen Dickdarm (!). L. meint, wer einem »mittelschweren operativen Eingriff« gewachsen sei, der sei auch dieser Operation gewachsen! Unter den 39 Fällen sind 7 Todesfälle, die der Operation mittelbar oder unmittelbar zur Last fallen. Die beigefügten Krankengeschichten sind zu kurz gefaßt, um sich ein klares Bild über Anzeige zur Operation und Ergebnisse machen zu können. **Weber** (Dresden).

35) **H. Miyake.** Über die Askaridenerkrankung in der Chirurgie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

M. beschreibt einen Fall von Ileus, bedingt durch ein Konglomerat von Askariden. Die Krankengeschichte scheint ihm besonders wertvoll, weil sie die bisher noch strittige Frage, ob durch Askariden ein Darmverschluß entstehen kann, auf Grund des operativen Befundes im positiven Sinne klärt. Unbegründet ist die Leichtenstern'sche Meinung, daß der Spulwurm einen definitiven Verschluß nur bei schon vorhandener Darmenge hervorrufen könne. Die in der Literatur bisher bekannt gewordenen Fälle betreffen meist das kindliche Alter, dessen enger Darmkanal ja besonders zu einem Verschluß disponiert scheint.

Der zweite Fall betrifft einen Pat., der unter der Diagnose eines Choledochusverschlusses operiert wurde, und bei dem sich wider Erwarten ein Spulwurm teils in der Gallenblase, teils in dem Ductus choledochus eingeklemmt vorfand. Bei einem dritten Pat. war ein Wurmabszeß in der Bauchwand vorhanden, durch den sich zahlreiche Askariden entleerten. Wahrscheinlich hatte es sich primär um ein tuberkulöses Darmgeschwür gehandelt, durch das die Spulwürmer hindurchgekrochen waren, so daß es sekundär zu einem Bauchwandabszeß kam.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

36) **J. K. Spisharny.** Chronischer Ileus, bedingt durch Verengung des Duodenum an der Plica duodenojejunalis und zur Frage der postoperativen gastrointestinalen Blutungen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Ein 40jähriger, tuberkulöser Arzt bekam Ende August Schmerzen in der rechten Hälfte des Bauches. Es zeigte sich eine Schwellung »im Gebiete des Blinddarmes« (?). Verstopfung, kein Erbrechen. Mitte Oktober schwand die Schwellung, während die Schmerzen zunahmen und sich mehr nach der Mitte zogen. Am 20. Oktober hob Pat. eine Kranke und spürte dabei so heftige Schmerzen

mitten im Leibe, daß er zu Bett mußte. In der Folge starker Morphiumkonsum. **Pat.** wurde am 12. November in elendem Zustand in die innere Klinik, am 23. November mit der Diagnose chronische Querkolonstenose in die chirurgische Klinik gebracht. Etwa entsprechend der Mitte des Querkolons fand sich eine pulsierende Geschwulst, über der ein systolisches Geräusch zu hören war. Kopfwärts davon fühlte man eine ausgedehnte Resistenz. Bei lebhafter Peristaltik bestand absolute Stuhlverhaltung. Es wurde ein Aortenaneurysma angenommen, das vielleicht den Darm komprimierte. Operationsbefund: »Im Gebiete der Plica duodenojejunalis beträchtliche Bindegewebsentwicklung, die Lichtung des Darmes war aber nicht aufgehoben. Das Duodenum, in dessen Umgebung viel Bindegewebe, fest fixiert, der Magen stark dilatiert. Hinter dem Duodenum fand sich ein Aortenaneurysma, das dem Darm eng anlag.« Gastroenterostomia posterior. Es verlief alles glatt, bis Pat. am 2. Dezember subakut verblutete.

Die Autopsie ergab Gastrointestinalblutung, deren Ursprung trotz sorgfältigsten Suchens nicht zu finden war. Die Wand des Duodenum war ganz außerordentlich hypertrophisch. Das Aneurysma (8 cm lang und 5 cm breit) lag in derbes Bindegewebe gebettet, das stellenweise auch seine Wand bildete — das Aortengewebe war hier und da völlig verschwunden. Der chronische Ileus war also entstanden durch die Fixierung des Duodenum (Bindegewebe als Folge einer Periaortitis) und durch Kompression des Darmes zwischen Aneurysma und sklerosiertem Mesenterium an der Stelle des Durchtrittes der A. mesenterica superior.

S. zitiert die v. Eiselsberg'schen Beobachtungen, ohne sie zu kritisieren, und fügt noch zwei Fälle postoperativer Blutungen eigener Beobachtung hinzu. 12 Tage nach Entfernung beider Ovarien wegen Sarkom bekam die Pat. Blutbrechen und hatte Blut im Stuhle. Nach 4 Tagen erneute Blutung, die sich 3 Tage lang wiederholte und zum Tode führte. Die Sektion wurde verboten. Der Verdacht, daß ein Magengeschwür vorgelegen habe, konnte weder bestätigt, noch widerlegt werden.

Im dritten Falle war bei der Operation eines Nabelbruches ein großes Stück Netz reseziert worden. Es kam am 8. Tage zu Blutbrechen, auch war Blut im Stuhle. Pat. genas. **V. E. Mertens** (Kiel).

37) **K. Vogel.** Trauma und Ileus.

(Med. Klinik 1908. p. 185.)

Verf. bringt drei Krankengeschichten als Beweis dafür, daß Verletzungen, die den unteren Rumpfabschnitt treffen und das Bauchfell schädigen, zu Bauchfellverwachsungen und damit in der Folge zu höchst unangenehmen Anfällen von Behinderung der Darmwegsamkeit führen können. In zwei operierten Fällen wurden die angenommenen ausgedehnten Darmverwachsungen tatsächlich vorgefunden; einer dieser Fälle verlief trotz wiederholter Eingriffe tödlich. Bei gröberen Verletzungen ist an ein Austreten von Keimen aus dem Darm und an entzündliche Verwachsungen auch dann zu denken, wenn ausgesprochene Zeichen von Bauchfellentzündung fehlen. Leichtere Verletzungen bewirken Bauchfellblutungen und an der Stelle des gerinnenden Blutes Verwachsungen. Die möglichst frühe Anregung der Peristaltik ist daher das beste Mittel nach Verletzungen sowohl wie nach Bauchschnitten zur Verhütung von Verwachsungen.

In einem weiteren Falle erwiesen sich Kolik- und Verstopfungsbeschwerden, die mehrere Monate nach einer Typhus- oder Ruhrerkrankung eingesetzt hatten, bei der Operation als auf narbigen Mesenterialsträngen und auf einer scharfen Knickung der Flexur beruhend. **Georg Schmidt** (Berlin).

38) **J. L. Stretton.** Intussusception due to polypus.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 25.)

Bericht über zwei Fälle von Intussuszeption bei Erwachsenen, verursacht durch polypöse Darmgeschwülste, die beide durch Resektion geheilt wurden.

Erster Fall: 25jährige Frau erkrankt unter den Zeichen einer subakuten Darmstenose, die am 8. Tage unter Auftreten einer Geschwulst in der rechten Unter-

bauchgegend zum ausgebildeten Ileus führte. Man findet bei der Operation eine unreponierbare Intussusceptio ileo-colica. Resektion, Heilung. Der an der Spitze des Intussuscipiens sitzende Polyp war gutartiger Natur.

Zweiter Fall: 50jähriger Mann ist seit 8 Tagen an völligem Darmverschluß erkrankt. Vom Mastdarm aus fühlt man eine in den Darm vorragende Masse mit Öffnung an der Spitze. Es gelingt in tiefer Narkose vom Mastdarm aus mit der ganzen Hand das Intussuscipiens völlig zu reponieren. Rückfall nach einer Woche Wohlbefindens. Erst jetzt fühlte man vom Mastdarm aus einer harte, zerfallene Masse an der Spitze des Intussuscipiens, die schließlich aus dem After vorfiel. Laparotomie. Resektion der Geschwulst mit 30 cm Dickdarm. Heilung. Die wandständige, polypenförmig gebildete Geschwulst war ein Karzinom.

Weber (Dresden).

39) A. A. Hagentorn. Zur Kasuistik seltener Invaginationsformen.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1907. [Russisch.])

Seit langem hatte der 61jährige Pat. einen linksseitigen Leistenbruch, der ihn nicht belästigte. Eines Tages drängte sich unter häufigen Anfällen von Stuhldrang nach und nach ein beträchtliches Stück Darm zum After heraus. Das Ganze hing reichlich bis zur Hälfte der Oberschenkel herab, bedeckt von hyperämischer Schleimhaut, die bei jedem Repositionsversuch einriß und blutete.

Laparotomie: Die ganze Flexur war invaginiert. Die Umschlagstelle fand sich tief unten am Mastdarme. Die Desinvagination gelang unter »sehr starkem« Zuge von innen und Druck von außen. Die Flexur war derart verändert, stellenweise nekrotisch, daß sie reseziert werden mußte — es waren scharfe Demarkationslinien vorhanden. Die Enden wurden blind verschlossen und eine seitliche Anastomose gemacht.

Es ging alles gut, bis Pat. am 5. Tage gegen striktes Verbot aufstand und umherging. Kurz darauf wurde er elend und fing heftig und andauernd zu erbrechen an. Er starb in der folgenden Nacht. Die Sektion wurde nicht gestattet. H. nimmt an, daß eine Naht gerissen ist, ohne behaupten zu wollen, daß das Unglück ohne den Ungehorsam des Pat. ausgeblieben wäre.

V. E. Mertens (Kiel).

40) K. E. Wagner. Zur Frage von der eosinophilen Leukocytose bei Echinokokkus der inneren Organe.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 2.)

Soldat, 23 Jahre alt, Leberechinokokkus, wahrscheinlich mit dem Zwerchfell und der Lunge verwachsen. Nach Sturz vom Pferde Lungenblutung. 4 Monate später Eintritt ins Lazarett. Erste Blutuntersuchung am 26. November — 2% Eosinophile; Anfang November 3%. Am 17. November, nach Fahrt auf holpriger Straße, Verschlimmerung; es wurde ein Stück Echinokokkenmembran ausgehustet, also Ruptur der Blase. Am 28. November 3,5% Eosinophilen, am 6. Dezember 64%; weitere Untersuchungen zeigten 58, 54,5, 56,5, 61, 52, 48,5 und am 20. Dezember 41%. An diesem Tage verließ Pat. das Lazarett. — Der Fall beweist, daß bei unverletzter Blase die Eosinophilie fehlt; sie tritt nicht sofort nach Ruptur auf, sondern erst einige Zeit danach — im Falle W.'s nach 3 Wochen. Die Blutuntersuchung muß daher mehrmals wiederholt werden.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

41) Lambert. Cancer of pylorus and liver: fatal haemorrhage.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 11.)

Ein 50jähriger Chinese stirbt auf See nach einer stürmisch verlaufenen Nacht, während der er stark und oft erbrochen hatte. Die Sektion ergab, daß er sich aus einem metastatischen Karzinomknoten der Leberpforte, der degenerative Veränderungen und Blutungen zeigte, in die Bauchhöhle verblutet hatte. Das primäre Karzinom saß am Pylorus. Auch viele andere der metastatischen Knoten, mit

denen die Leber übersät war, zeigten degenerative Vorgänge mit Blutungen. L. nimmt an, daß die starke Anstrengung beim Brechen (Seekrankheit!) den Anlaß zur schweren Blutung gegeben hat. Der Fall ist anscheinend von äußerster Seltenheit.

Weber (Dresden).

42) J. J. Koslowski. Weitere klinische Beiträge zur Talma'schen Operation.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 1 u. 2.)

K. referiert sechs Fälle von Konik und zwei von Mahakjan (s. Ref. über letztere d. Bl. 1907, p. 139) und bringt zwei weitere eigene Fälle.

1) Mann, 22 Jahre alt, Ascites wohl infolge Lebercirrhose. Drei Punktionen, dann Talmaoperation. Nach derselben ging der Ascites zurück, weitere Punktionen brauchten nicht mehr gemacht zu werden, und nach 200 Tagen wurde Pat. ohne Ascites entlassen.

2) Mann, 42 Jahre alt, zuerst biliäre, später venöse Lebercirrhose. Operation nach Talma. Tod 14 Tage später an fibrinöser Pneumonie.

Endlich bringt K. noch Angaben über den weiteren Verlauf eines vor 4 Jahren operierten Falles. Nach der Operation kehrte der Ascites wieder, und mußte Pat. mehrmals punktiert werden. Nach 4 Jahren neue Laparotomie. Hautvenen am Bauche stark entwickelt, parietales Peritoneum stark verdickt. Netz und Mesenterium mit Krebsknoten (bis erbsengroß) besät; einzelne Knoten am Magen, Darm, an der Leber. Naht der Wunde, nach 18 Tagen entlassen.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

43) Lynn Thomas. An address on some recent experiences in the surgery of the liver and gall bladder.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 4.)

Aus seiner persönlichen Erfahrung an über 100 Fällen von Leber- und Gallengangschirurgie gibt T. einige lehrreiche Hinweise. So berichtet er über einen äußerst seltenen Fall von Gallen- und Bluterguß in den Netzbeutel infolge eines 1 Monat vorher durch Sturz zugezogenen Risses im Lobus Spigelii an seiner hinteren Fläche. Die klinischen Zeichen waren die einer Pseudopankreascyste. Die Entleerung fand statt durch den sehr verdünnten Leberlappen hindurch und führte zur schnellen Heilung. — Danach bespricht Verf. einige Fälle von schwerwiegender irrtümlicher Diagnose bei Erkrankungen der Gallenwege und betont den Wert einer systematischen Abtastung des Leibes; er beginnt sie links unten über der Leiste, schreitet nach oben zum Rippenbogen fort und macht auf der rechten Seite den umgekehrten Weg.

Sehr großen Wert legt er auf die völlige Nahrungsenthaltung vom Magen aus bei der Behandlung des akuten Kolikanfalles. Schmerzen, Erbrechen usw. hören sofort auf bei Hungerkur und Magenspülungen. Endlich berichtet er über einen auch auf die Dauer erfolgreichen Fall von Cholecystoduodenostomie bei Einklemmung eines Steines im retroduodenalen Teile des Ductus choledochus.

Weber (Dresden).

44) Druobert. Kyste séreux du mésentère.

(Arch. génér. de chir. 1908. Nr. 2.)

Bei einer 38jährigen Frau bestand seit 10 Monaten eine faustgroße, bewegliche Geschwulst in der rechten Fossa iliaca. Es wurde eine cystische Adnexgeschwulst oder ein gestieltes Myom diagnostiziert. Dagegen zeigte sich bei der Laparotomie, die in Trendelenburg'scher Hochlagerung begonnen wurde, daß die Geschwulst mit dem Darme sich gegen das Hypochondrium verlagert hatte. Die weitere Untersuchung ergab eine Cyste am inneren Rande des Colon ascendens, nahe der Einmündung des Dünndarmes in den Blinddarm. Die Cyste wurde retroperitoneal freigelegt und entfernt, wobei nur die Loslösung von dem Mesokolon einige Schwierigkeiten bot. Die weitere Untersuchung ergab wasserklaren

Inhalt und endotheliale Auskleidung. Verf. deutet den Befund als echte peritoneale Cyste, die sich analog den Cysten des Samenstranges aus einer Abschnürung der nicht völlig miteinander verwachsenen Blätter des Mesokolon entwickelt hat.

Strauss (Nürnberg).

45) S. Kostlivy. Ein Beitrag zur Ätiologie und Kasuistik der Mesenterialcysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCI. p. 351.)

K. beschreibt und bespricht vier in kurzer Zeit (wenigen Monaten) in der böhmischen Universität in Prag zur Operation gelangte Fälle von Gekröscysten, denen er noch einen durch Sektion im pathologischen Institut gewonnenen hinzufügt. Alle Fälle sind klinisch und anatomisch-histologisch gut untersucht, untereinander sehr verschiedenartig und geben deshalb einen lehrreichen Beitrag zum Studium der fraglichen Geschwülste. Am merkwürdigsten ist Fall 1, betreffend einen 20jährigen Bauernburschen, von welchem durch die Operation ein über 1 m langer, unregelmäßig S-förmig gekrümmter Sack von 8—12 cm im Lichten, durch verschiedentliche Einschnürungen und quasi Haustra dickdarmähnlich erscheinend, gewonnen wurde, nachdem aus demselben durch Punktion gegen 7 Liter leicht hämorrhagischer Flüssigkeit entleert waren. Ein nicht entfernbarer Cystenteil, in die Bauchwunde genäht, hinterließ eine übrigens gute Heilungstendenz zeigende Fistel, sonst war das Resultat gut. Die Cystenwand zeigte Bindegewebs- und Muskelschichten, sowie zu innerst Endothelbelag, weshalb die Geschwulst als Chyluscyste deutbar ist. Man muß annehmen, daß sie aus pathologischer Umwandlung eines größeren Chylusgefäßes entstanden ist, etwa eines Seitenastes des Ductus thoracicus, und zwar infolge eines zentralen Verschlusses seiner Lichtung durch ein Hindernis unbekannter Ätiologie mit nachfolgender Flüssigkeitsstauung, Dilatation usw. oder infolge von Dilatation eines embryonal angelegten, aber isoliert gebliebenen und nicht untergegangenen Gefäßbezirkes. Auch Fall 2, durch Sektion gewonnen, ist eine Chyluscyste. Die mikroskopische Untersuchung der gänseeigroßen Geschwulst, deren Wanddicke zwischen $^1/_2$—5 mm schwankte, ergab den Bau eines kavernösen Lymphangioms, weshalb hier eine echte Geschwulstbildung anzunehmen sein wird. Hingegen präsentiert sich Fall 3, wiederum durch Operation bei einem 5jährigen Mädchen mit Glück behandelt, und eine kindskopfgroße Geschwulst betreffend, als ein Enterokystom, da hier die Cystenwand den Bau einer Darmwand mit allen solcher zukommenden Schichten, insbesondere einer mukösen mit Flimmerepithel und Zottenbildung zeigte. Fall 4, mit Glück bei einem 16jährigen Schneiderlehrling operiert, ist eine kindskopfgroße Geschwulst, die außer Bindegewebs- und Muskelschichten in ihrer Wand innenseits pilzförmige Exkreszenzen, starke Kapillargefäßbildungen und Wucherung epithelioider Geschwulstzellen zeigte. Sie wird mit Wahrscheinlichkeit als ein vielleicht embryonal angelegtes Angiom gedeutet, in dem es später sekundär zu sarkomatöser Wucherung gekommen ist. Fall 5 endlich, eine 50jährige Frau betreffend, präsentiert sich als etwa straußeneigroße Dermoidcyste, die aus dem Mesenteriolum des Wurmfortsatzes entfernt wurde. Die Pat., bei der die Geschwulst nur als beiläufiger Operationsnebenbefund entfernt wurde, während ihre wesentliche Erkrankung in einem Volvulus des Dickdarmes mit Perforation bestand, starb an Peritonitis.

Jeder dieser Fälle ist gut epikritisch durchgesprochen, wobei die einschlägige Literatur (im ganzen 60 Arbeiten) herangezogen wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 18. **Sonnabend, den 2. Mai** **1908.**

Inhalt.

I.

Zur Geschichte des Ätherrausches.

Von

Dr. **Maximilian Hirsch** in Wien.

Im folgenden sollen einige zum Teil wenig, zum Teil, wie es scheint, gar nicht bekannte Daten zur Geschichte des Ätherrausches mitgeteilt werden.

Es läßt sich unschwer der Beweis erbringen,

1) daß der Ätherrausch nicht nur als solcher bereits lange vor der Äthernarkose bekannt war, sondern auch, daß das Operieren im Ätherrausche schon vor der Äthernarkose geübt wurde, ja daß der Ätherrausch geradezu der Vorläufer der Äthernarkose war;

2) daß nicht Sudeck, sondern der amerikanische Chirurg John Hooker P. Packard in Philadelphia der erste war, der den Ätherrausch systematisch zu Operationen verwendete.

Ad 1) Die Kenntnis eines rauschartigen Zustandes durch Ätherinhalationen geht auf die sog. pneumatische Therapie zurück, die, von Priestley (1764) begründet, von Beddoes (1765) und Humphry

Davy (1800) ausgebildet, den Zweck hatte, diverse gas- und dampfförmige Körper gegen alle möglichen Leiden inhalieren zu lassen. Zu diesen Körpern gehörte auch der Äther, von dem schon Beddoes (1794) und Faraday (1818) wußten, daß er inhaliert einen ähnlichen rauschartig-heiteren Zustand hervorrufen könne, wie das Lachgas.

Es war damals eine weit verbreitete Unsitte, daß sich Studenten in chemischen Laboratorien mit Äther selbst berauschten, oder Leute aus dem Publikum sich in von Wandervorlesern (Lecturers) abgehaltenen Experimentalvorträgen mit Ätherdämpfen berauschen ließen; dabei fielen manche im Rausche hin und zogen sich Verletzungen zu, ohne den Schmerz dabei zu verspüren. So lernte man die Analgesie im Ätherrausch kennen.

Der amerikanische Arzt Long, dem diese Ätherscherze bekannt waren, war der erste, der 1842 im Ätherrausch kleine operative Eingriffe vornahm. Da seine Patienten sich dabei den Äther selbst verabreichen mußten, handelte es sich hier nicht um tiefe Narkose, sondern um Rausch. Dementsprechend teilt Long mit, daß die Analgesie nur sehr kurze Zeit anhielt, weshalb er die Versuche nicht weiter fortsetzte.

Auch die ersten Äthernarkosen, die im denkwürdigen Jahre 1846 gemacht wurden, waren keine tiefen Narkosen, sondern durchwegs Rauschnarkosen. Wurden doch dabei die Ätherdämpfe nur 2—3 Minuter lang verabreicht und noch vor Beginn der Operation entfernt. So war der Ätherrausch der Vorläufer der Narkose.

Ad 2) Als erster, der den Ätherrausch systematisch anwendete, gilt allgemein Sudeck, der 1901 seine Methode und die damit erzielten Resultate mitteilte. Seine Erfahrungen wurden in der Folge allgemein bestätigt. Allerdings behauptete damals Riedel, daß er schon seit 20 Jahren (also seit 1881) dieses Verfahren, wenn auch mit Chloroform und nicht mit Äther, als von ihm sog. »minimale Narkose« anwende.

Nun ergibt aber eine genaue Durchsicht der Narkoseliteratur, daß weder Sudeck noch Riedel, sondern der amerikanische Chirurg Packard aus Philadelphia im Jahre 1877 der erste war, der den Ätherrausch systematisch angewendet, und eine genaue Beschreibung seiner Technik, Symptomatologie, sowie seiner Indikationen gegeben hat; dies geht aus den folgenden drei Publikationen Packard's hervor, auf die ich hiermit verweise:

1) Packard, On the first insensibility from ether. Philadelphia med. times 1872. Februar 15.

2) Packard, On the first insensibility from the inhalation of ether. Amer. journ. of med. sciences 1877. Juli. p. 130.

3) Packard, On the primary anaesthesia from sulphuric ether. Amer. journ. of med. sciences 1878. p. 452.

Die Bezeichnung des Ätherrausches als »First insensibility« oder »Primary anaesthesia« in den Arbeiten Packard's stimmt

mit der von mir in meiner Monographie über den Ätherrausch[1] ohne Kenntnis dieser Publikationen vorgeschlagenen Benennung »erstes analgetisches Stadium« vollkommen überein.

Die Angaben Packard's wurden damals vielfach nachgeprüft und bestätigt. In dieser Hinsicht nenne ich die beiden folgenden, ebenfalls ganz vergessenenen Publikationen:

1) Weir, Inhalation of ether carried to the stage of first insensibility. Therapeut. society of New York 1879. p. 17.
2) Coppinger, Primary ether anaesthesia. Brit. med. journ. 1879. Dezember 27. p. 1019.

Weiterhin allerdings ist in der Literatur bis Sudeck nichts mehr über den Ätherrausch zu finden.

Ich glaube mit Rücksicht auf diese Arbeiten, daß es die historische Gerechtigkeit erfordert, in Zukunft vom Packard-Sudeckschen Ätherrausch zu sprechen.

II.

Eine neue Methode zur Diagnose und Behandlung von Fistelgängen.

Von

Dr. E. G. Beck,

Chirurg am North Chicago Hospital, Chicago, Ill.

Mit einer Doppeltafel.

Die moderne Behandlung von Fistelgängen, besonders nach Osteomyelitis, läßt noch viel zu wünschen übrig; Beweis dessen, daß eine große Anzahl solcher chronisch Kranken trotz wiederholter chirurgischer Eingriffe ungeheilt bleibt.

Die Ursachen sind mannigfach, aber in den meisten Fällen darauf zurückzuführen, daß die Ausdehnung der Fisteln vor der Operation nicht festgestellt werden konnte, und der Chirurg trotz sehr radikalen Verfahrens nur einen Teil des erkrankten Gebietes bloßlegte und die Fistel nicht zu ihrem Ursprunge verfolgen konnte.

Die Sonde sowohl als auch farbige Flüssigkeiten sind zum Zwecke der Fistelexploration nicht zuverlässig, da der Chirurg oftmals, durch diese Methode irregeführt, sich zu Operationen verleiten ließ, wo der Ursprung der Krankheit nicht erreichbar war.

Es ist uns gelungen, durch eine relativ einfache, ungefährliche Methode nicht nur einfache, sondern die kompliziertesten Fistelgänge und Hohlräume klar im Bilde darzustellen.

Mit Hilfe einer Injektion einer Bismut-Vaselinpaste, die in flüssigem Zustand und unter aseptischen Kautelen mittels einer Glasspritze in die Fistelgänge unter mäßigem Druck injiziert wird, ist es

[1] Hirsch, Der Ätherrausch. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1907.

möglich, jeden auch noch so verborgenen Kanal im Röntgenbilde darzustellen und bis auf seinen Ursprung zu verfolgen. Stereoskopische Bilder sind in der Aufnahme besonders wertvoll.

Diese Bilder bringen oft die überraschendsten Zustände zum Vorschein und haben uns in Fällen, wo wiederholte operative Eingriffe ohne Erfolg geblieben sind, die Ursache klar gemacht. Nachfolgende Operation mit Hilfe der Röntgenbilder hat stets zu einer erfolgreichen Operation geführt.

Wir machten eine weitere Beobachtung. Schon beim ersten Falle, der zum Zwecke der Diagnose mit der Bismutpaste injiziert wurde, heilte nämlich die Fistel schon nach einigen Tagen nach der Injektion aus, obwohl sie durch 2 Jahre stark sezerniert hatte. Es handelte sich hier um eine tuberkulöse Spondylitis des zweiten und dritten Lendenwirbels eines 4jährigen Mädchens, das schon vor 2 Jahren einen Psoasabszeß gehabt hatte, der sich spontan an der Vorderseite des Oberschenkels eröffnet und eine Fistel zurückgelassen hatte. Fig. 1 demonstriert den Gang dieser Fistel. Seit 2 Jahren ist die Fistel geschlossen und das Kind gesund.

Ähnlich erging es in dem zweiten Fall einer komplizierten Fistel einer alten Koxitis. Ein 18jähriges Mädchen, welches während der letzten 4 Jahre mehrere sehr radikale Operationen zum Zwecke der Heilung von bestehenden Fisteln durchgemacht hatte und trotzdem ungeheilt blieb, wurde mittels einiger Bismutpaste-Injektionen ganz geheilt. Die Fisteln, wie dieselben in Fig. 2 zu sehen sind beweisen die Unmöglichkeit einer Radikaloperation.

Ebenso heilte ein Fall von tuberkulöser Osteomyelitis des Kniegelenkes; ein Knabe, der vor 6 Jahren viermal in Freiburg und Tübingen operiert wurde und trotzdem drei Fisteln behielt. Hier wurde er nochmals operiert und wieder ohne Erfolg. Nach vier Injektionen der Bismutpaste in wöchentlichen Intervallen heilten die Fisteln gänzlich aus (Fig. 3).

Nach einer 2jährigen Erfahrung mit dieser Methode konnten wir in »The Chicago med. society« eine große Anzahl solcher Fälle vorstellen, von denen manche jahrelang profus sezerniert hatten und schon nach wenigen Behandlungen ausgeheilt blieben.

Besonders interessant ist ein Fall eines Empyems der Brusthöhle, der seit 9 Monaten täglich 4 Unzen Eiter sezernierte und trotz aller Behandlung nicht besser wurde, so daß ihm schließlich eine Esthlander'sche Operation vorgeschlagen wurde.

Nach zehn Injektionen, die jeden 2. Tag ausgeführt wurden, also nach 20 Tagen, war und blieb die Fistel ganz geheilt, und bis jetzt, nach weiteren 3 Monaten, ist dieselbe geschlossen geblieben und hat keine Zeichen von Retention gezeigt. Fig. 4 demonstriert die Kavität, nachdem dieselbe mit Bismut gefüllt war.

Die Erklärung dieser Resultate in Anbetracht der oftmals mit eitrigen Prozessen einhergehenden Krankheiten scheint in mehreren Ursachen zu liegen, unter denen wahrscheinlich das der Mosetig-

schen Plombe zugrunde liegende Prinzip mitspielt, nämlich die Brücke für Granulationen und nachherige Narbenbildung.

Wir sind damit beschäftigt, die histologischen Verhältnisse genau zu studieren und werden vielleicht nähere Details zu bringen imstande sein.

Zusammensetzung für Injektionen zur Diagnose und Anfangsbehandlung:

Bismuth. subnitr.	30,0,
Vaselini albi	60,0.

Zusammenstellung zur Spätbehandlung:

Bismuth. subnitr.	30,0.
Vaselini albi	60,0,
Paraffin mollis	5,0,
Ceri	5,0.

---

1) **M. Mayet.** De quelques travaux récents relatifs à la pathogénie du cancer; indications thérapeutiques.

(Lyon méd. 1908. Nr. 7 u. 8.)

Auf Grund seiner eigenen, langjährigen Versuche nimmt M. in der vorliegenden Abhandlung Stellung zu einigen neueren Arbeiten auf dem Gebiete der Pathogenese des Krebses. Verf. experimentierte an verschiedenen Tierarten, impfte aber nicht das Geschwulstgewebe selbst über, sondern nur die in sterilem Wasser löslichen Bestandteile desselben, und zwar nach Filtrierung durch Porzellanfilter; 5mal hatte er einen vollen Erfolg. Er glaubt deswegen das eigentliche Agens nicht in den Zellen selbst, sondern in einem Ferment suchen zu müssen, das aus den Zellen gebildet werde, sobald sie aus irgendeinem Grunde unter pathologische Ernährungsverhältnisse geraten. Ferner konnte er ebenso wie Ehrlich feststellen, daß nach Impfungen von einer bestimmten Geschwulst im Versuchstier eine histologisch anders geartete Geschwulst entstehen kann. M. ist daher der Ansicht, daß eine Geschwulst nicht durch das sie zusammensetzende Gewebe, sondern ganz allein durch die Art ihres Wachstums charakterisiert werde. Es sei ein Irrtum, daß ein Krebs stets nur aus Epithelzellen zusammengesetzt sei, wie Orth u. a. behaupteten. Auch bestehe kein fundamentaler Unterschied zwischen gut- und bösartigen Geschwülsten; ob eine Geschwulst lokal bleibe oder nicht, hänge von der allgemeinen Widerstandskraft des Körpers ab, die vielleicht durch Antikörper im Blute bedingt sei.

M. empfiehlt am Schluß seiner Arbeit für die Fälle von Karzinom, bei denen aus irgendwelchen Gründen eine Operation nicht möglich ist, eine gemischte Behandlung, die in subkutanen Injektionen von Schweineserum (das Schwein soll am seltensten an bösartigen Geschwülsten erkranken!), Röntgenbestrahlungen und subkutanen Injektionen von nukleinsaurem Natron (zur Anregung der Leukocytose und

Phagocytose) besteht; allerdings gibt M. an, bisher kaum Erfolge erzielt zu haben.

Boerner (Rastatt).

2) **G. Kelling.** Ergebnisse serologischer Untersuchungen beim Karzinom, besonders vom chirurgischen Standpunkt aus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Die vorliegende Arbeit enthält die Ausführungen, die Verf. in der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1907 über seine biochemische und hämolytische Methode betreffs der Diagnose aus dem Blutserum der Pat. auf Karzinom gemacht hat. Er ist der Ansicht, wie er gegenüber v. Dungern besonders betont, daß seine biochemischen Reaktionen durchaus Beziehungen zu bösartigen Geschwülsten haben, und daß ihr positiver Ausfall das Verdienst hat, frühzeitiger versteckte Karzinome zur Operation zu bringen als es seither der Fall war. Auch zur Kontrolle auf Rezidive hält er sie für geeignet. So pessimistisch K. gegenüber der Serumbehandlung primärer bösartiger Geschwülste ist, so glaubt er doch an den Erfolg in bezug auf die Immunisierung operierter Fälle gegen Rezidive. Bei der von Bier angegebenen Methode der Injektion artfremden Blutes zur Karzinomtherapie rät er diejenige Blutart auszuwählen, gegen welche der Körper des Kranken schon spezifische Reaktion aufweist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

3) **C. Brunner.** Bemerkungen zu dem Aufsatze Blumenfeld's: »Experimentelle Untersuchungen über Ausscheidung von Bakterien und einigen löslichen bakteriellen Substanzen durch den Schweiß.« (Festschrift für Neisser.)

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXXVII. p. 418.)

Im Gegensatz zu Blumenfeld (Ref. s. d. Bl. p. 362) hält B. an seinem früher vertretenen Standpunkt von der Möglichkeit des Durchtrittes der Bakterien durch die Schweißdrüsen fest. B. macht besonders darauf aufmerksam, daß man seine schweren Pyämiefälle bei Kindern, wo durch reichliche Toxinbildung sehr wohl Schädigungen der Schweißdrüsenepithelien möglich seien, nicht vergleichen könne mit Blumenfeld's Katzenpfotenversuchen, und zudem legt er dem Kritiker nahe, auch Singer's Resultate zu widerlegen. Solange das nicht geschehen sei, lasse sich die Annahme Blumenfeld's von den »unüberwindlichen Hindernissen« der Schweißdrüsen nicht aufrecht erhalten.

M. Winkler (Luzern).

4) **E. Alderson.** Opsonine und gewisse bakterielle Hauterkrankungen.

(Journ. of cutan. diseases 1907. Juli.)

Nach kurzer Besprechung der bekannten Opsoninentheorie gibt A. seine Erfahrungen bekannt, die er bei Behandlung einiger Dermatosen — Acne vulgaris, Staphylococcosis, Lupus vulgaris, Sycosis non

parasitaria, Furunculosis — nach jener Methode gewonnen hat. Sein Urteil geht dahin, daß man mit ihr vielleicht etwas schnellere Erfolge hat, die aber auch nicht vollkommen seien. Nach wie vor seien nebenher alle anderen bekannten Hilfsfaktoren anzuwenden. Günstiger lagen die Verhältnisse bezüglich der tuberkulösen Hautaffektionen, die A. mit Tuberkulin R. behandelt hat. **Grosser** (Breslau).

---

5) **M. H. Vincent.** Influence du froid sur l'étiologie du tétanos (tétanos rhumatisme).

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 6.)

Um festzustellen, inwiefern die Bezeichnung Tetanus »a frigore« oder rheumatischer Tetanus wissenschaftliche Berechtigung hätte, unternahm V. eine Reihe von Tierversuchen.

In der einen Versuchsreihe wurde das ganze Tier sehr niedrigen Temperaturen (— 6 bis — 8°) ausgesetzt, in der anderen nur eine Extremität. Die Infektion wurde unmittelbar vorher oder nachher mit einer von dem Toxin befreiten Sporenkultur vorgenommen. In der zweiten Versuchsreihe wurde damit eine winzige Wunde oder Exkoriation der der Kälte ausgesetzten Extremität infiziert.

Die erste Versuchsreihe war negativ, die zweite fast stets positiv.

Die Erklärung für diese abweichenden Ergebnisse ist in dem Verhalten der Leukocyten zu suchen. Ein Warmblüter kann ohne Gefährdung seines Lebens nicht soweit abgekühlt werden, daß die phagocytäre Tätigkeit dieser Zellen ausgeschaltet werden könnte. Wohl aber kann die dazu nötige Abkühlung an einer Extremität erzielt werden. Die Phagocyten werden da lahmgelegt und damit werden der Intoxikation die Wege geebnet.

Die erste Versuchsreihe ergab nur dann positive Ergebnisse, wenn das Tier durch andere voraufgegangene Schädigungen (abgelaufene Infektionen verschiedener Art, Traumen, starke Ermüdung) geschwächt worden war.

Verf. findet darin die natürliche Erklärung für den häufigen Tetanus auf dem Schlachtfelde oder unter ähnlichen Verhältnissen, in welchen heruntergekommene, schwer ermüdete Menschen durch obdachlose Nächtigung einer beträchtlichen Herabsetzung der Innentemperatur und einer um so größeren der Extremitäten ausgesetzt wurden.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

6) **Rogelio val Barros.** Tratamiento de la pustula maligna.

(Revue de la med. y cirurg. pract. de Madrid 1908. Nr. 1013.)

R. empfiehlt auf Grund einer Erfahrung, die an 37 glücklich verlaufenen Fällen von Milzbrandinfektion gewonnen wurde, Behandlung mit Sublimat in Substanz, das in Mengen von 0,4—2,0 g (!) durch einen kleinen Einschnitt in das Innere der Pustel gebracht wird. — Die Menge schwankt je nach dem Alter der Pat. und dem Orte der

Infektion; befindet sich der letztere in der Nähe einer Region, die besonders reich an Lymphgefäßen ist, so ist Vorsicht geraten.

Stein Wiesbaden.

---

7) **W. J. McCardie.** Status lymphaticus in relation to general anaesthesia.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 25.)

Verf. gibt in einer ausführlichen Arbeit unter Zugrundelegung von fünf eigenen Fällen eine Zusammenfassung des in England noch wenig bekannten Krankheitsbildes vom Status lymphaticus oder thymicus und geht nach kurzem geschichtlichen Überblick ein auf die pathologische Anatomie. Menschen mit lymphatischer Diathese besitzen eine verhängnisvolle Neigung zu Infektionskrankheiten, zu plötzlichem Tod an Chok und Schreck und unter der Narkose. Diese Disposition geht so weit, daß Elser behauptet, fast bei jedem Falle von Status lymphaticus wirke Chloroform tödlich. Unter 30 vom Verf. gesammelten Fällen von Narkosentod beim Status lymphaticus war 17mal Chloroform, 6mal Äther, 5mal beides gemischt und 2mal (zweifelhafte Fälle) Stickoxyd im Spiele. Zwei Todesfälle erfolgten ohne jedes Narkotikum unter Anwendung von Lokalanästhesie: der eine betraf eine 30jährige Frau mit kleiner Halscyste nach Einspritzung von 0,075 g Tropakokain und Beginn der kleinen Operation und muß erklärt werden durch den seelischen Chok; im anderen handelte es sich um eine 31jährige Frau mit Morbus Basedowii und durch Sektion nachgewiesener Thymushypertrophie und sehr bedeutender Vergrößerung des großen lymphatischen Apparates. — Im Durchschnitt waren die Pat. (35 an der Zahl) 16 Jahre alt. Unter 22 Narkosentodesfällen in den letzten 10 Jahren fand sich 5mal Status lymphaticus. Über diese fünf Fälle folgt ein genauer Bericht.

Manche Fälle mit Verdacht auf lymphatische Diathese, besonders Kinder, verursachen bei der Darreichung von Chloroform Schwierigkeiten. Man kann die Fälle erkennen am schlaffen Aussehen, an der Hypertrophie adenoiden Gewebes und der Tonsillen, zuweilen an einer vergrößerten Zunge und Schilddrüse. Manchmal sind die Pupillen weiter als gewöhnlich und die Herztöne auffallend schwach. Viele haben den charakteristischen adenoiden Gesichtstypus und einen schmalen, hoch- und spitzbogigen Gaumen. Die physiologische Breite einer tiefen Narkose ist bei ihnen auffallend eng bemessen. Zuweilen zeigen die ganz kleinen Kinder einen inspiratorischen Stridor, den Hochsinger auf eine Stenose durch die vergrößerte, perkutorisch und radiographisch nachweisbare Thymus zurückführte.

In keinem der Narkosentodesfälle am Status lymphaticus wurde die Diagnose vorher gestellt. Zu dem von Escherich gezeichneten Krankheitsbilde — Blässe, pastöses Aussehen, reichliches Fettgewebe, vergrößerte Drüsen an Hals und Achselhöhle, Tonsillarhypertrophie, adenoide Wucherungen, Milztumor — fügt Verf. als bisher unbekannte Symptome hinzu: eine Vergrößerung der Schilddrüse in über der Hälfte

der Fälle und eine Vergrößerung der Zunge durch Hyperplasie des massenhaften lymphatischen Gewebes an Rachen, Kehldeckel, Zunge selbst.

Beim Basedow findet man oft eine Vergrößerung der Thymus. In 18 von 35 Basedowfällen, die nach Operation tödlich endeten, fand man die Thymus noch vor, so daß die Annahme berechtigt erscheint, daß der tödliche Ausgang recht oft hiermit und nicht mit dem Basedow an sich zusammenhängt.

Für die Wahl des Anästhetikums ergibt sich, daß man in allen verdächtigen Fällen, besonders bei Kindern, Äther bevorzugen soll! Prophylaktisch empfiehlt Verf. Beseitigung von adenoiden Wucherungen vor der Operation und allgemeine Kräftigung, wenn nötig auch äußerliche Behandlung des Herzens, Vermeidung heftiger Erregung, größte Vorsicht beim Übergang von tiefer Narkose. Der einmal eingetretene Herzstillstand selbst läßt sich wohl nur durch direkte Herzmassage behandeln. **Weber** (Dresden).

---

8) **Strauch.** Sind Todesfälle in der Narkose vermeidbar?

(Med. Klinik 1908. p. 326.)

Der Äther ist das Betäubungsmittel der Wahl, wenn durch vorbereitende und unterstützende Mittel dafür gesorgt wird, daß auch mit luftverdünnten Dämpfen und sparsamen Gaben Toleranz eintritt. S. verfährt folgendermaßen: Der Kranke bekommt am Abend vor dem Operationstage 1 g Veronal, sowie 1 Stunde vor der Operation eine Einspritzung von 0,015—0,02 Morphium und einen Mastdarmeinlauf von je 75 g Kognak, Rotwein und Tee, 5—10 Tropfen Opiumtinktur und einer Messerspitze Kochsalz (bei Frauen je 50 g).

Der schläfrige Kranke wird ins Narkosezimmer gefahren und durch das gewöhnliche Äthertropfverfahren in den Narkosenschlaf hinübergeleitet. Das Exzitationsstadium und alle beunruhigenden Störungen der Atmung, des Herzschlages usw. kommen hierbei in Fortfall. Gelegentlich tritt Erbrechen oder geringe Absonderung von Rachenschleim auf, oder die Zunge sinkt zurück. Nach der Operation schlafen die Kranken mehrere Stunden und wachen in der Regel ohne Brechreiz und mit Eßlust auf. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

9) **Coderque Navarro.** Contribución al estudio fisiológico y terapéutico de la estovaina. 80 S.

Inaug.-Diss., Leon, 1907.

Ausführliche Arbeit über die Anwendung des Stovains als Ersatzmittel für Kokain. Nach der Schilderung der pharmakologischen Eigenschaften des Präparates und Mitteilung zahlreicher Tierexperimente zur Feststellung seiner physiologischen Wirkungen, werden die verschiedenen Anwendungsformen, insbesondere die lokale und Rückenmarksanästhesie, des Näheren geschildert. C. zieht das Stovain dem

Kokain bei weitem vor und betont seine geringere Toxizität, seine geringe vasokonstriktorische Wirkung und seine gleiche anästhesierende Wirkung bei bedeutend billigerem Preis. Stein (Wiesbaden).

---

10) **C. F. Heerfordt. Untersuchungen über Catgut mit Anwendung der vorderen Augenkammer als Impfstelle.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Verf. hat sehr interessante Versuche über das Verhalten von Seiden- und Catgutfäden angestellt, die in die vordere Augenkammer von Kaninchen eingebracht wurden. Im großen und ganzen heilten sterile Seidenfäden ein, wenn die Conjunctiva normal war. Hier und da trat dann später noch eine Infektion ein. Sterile Catgutfäden heilten bei normaler Conjunctiva ebenfalls ein und wurden resorbiert. Aber selbst bei konjunktivaler Infektion trat bei Catgutfäden im Gegensatz zur Seide keine unmittelbare Entzündung in der vorderen Augenkammer auf. Dagegen kam manchmal ebenso wie bei der Seide eine Spätinfektion vor, welche hier wie dort einen chronischen Verlauf nahm. Bemerkenswert ist, daß sich in der vorderen Augenkammer nicht nur das Schicksal des Catgutfadens verfolgen läßt, sondern daß man mittels der Reaktion des Auges die entzündungserregenden Eigenschaften jedes einzelnen Fadens genau messen kann. Die Prüfung verschiedener bisher empfohlener Catgutsterilisationsmethoden durch Kochen ergab folgende mit der Impfung in die vordere Augenkammer kontrollierten Resultate.

Eine sichere Sterilisation des Catgut in Formaldehydlösung nach Hofmeister ist nicht möglich, ohne daß der Faden zerbrechlich wird. Bei diesen Experimenten zeigte sich übrigens auch, daß ein Catgutfaden, der abgeschwächte Mikroben enthält, unter Umständen ohne Schaden zu erregen in die Augenkammer einheilen, bzw. resorbiert werden kann. Die Methode Elsberg's, Catgut durch Kochen in gesättigter Lösung von schwefelsaurem Ammoniak zu sterilisieren, erwies sich in der angegebenen Form ebenfalls nicht als brauchbar. Die trockenen Fäden wurden nicht von der Kochflüssigkeit durchsetzt, und die feuchten Fäden wurden mürbe gekocht. H. weist ferner nach, daß siedendes Wasser eine ganz besondere Fähigkeit besitzt, Catgut zu durchdringen, und daß letzteres durch mechanische und chemische Mittel so präpariert werden kann, daß es innerhalb gewisser Grenzen imstande ist, der zerstörenden Wirkung des siedenden Wassers zu widerstehen. Zur Herstellung von Kochcatgut, welches das erstrebenswerte Material darstellt, kann man nach Belieben trocken sterilisiertes Catgut, Jodcatgut oder Karbolcatgut verwenden. Ein Aufwickeln des Fadens auf Wickel soll während des Aufenthaltes in der desinfizierenden Flüssigkeit vermieden werden, da es dem Eindringen des flüssigen Mediums in denselben entgegenarbeiten muß. Das trocken sterilisierte Catgut kann man nach der Sterilisation direkt in die Formaldehydlösung überführen, während sowohl das Jod wie das Karbol sich vom

Faden entfernen läßt, wenn dieser einige Stunden in 2%igem Ammoniakwasser liegen bleibt und darauf in Wasser ausgewaschen wird. Die Art und Weise der Anwendung des Kochcatguts in der Praxis, sowie zahlreiche interessante wissenschaftliche wie praktische Ergebnisse müssen in der Arbeit selbst nachgelesen werden, in welcher auch die Adresse angegeben ist, bei welcher Verf. sein Kochcatgut hergestellt bekommt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

11) **F. Grossmann.** Über die primäre otogene Thrombose des Bulbus venae jugularis internae.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Die primäre Thrombose des Bulbus v. jugularis kann durch Kontaktinfektion von der kranken Paukenhöhle aus oder auf indirektem embolischem Wege entstehen. Im Gegensatz zu der ersteren soll bei der letzteren die Thrombose unabhängig von einer Erkrankung des Gefäßrohres sein. Doch ist es nach des Verf. Ansicht manchmal unmöglich zu entscheiden, ob die Bulbusthrombose einfach durch Übergreifen einer Thrombose benachbarter Hirnsinus auf den Bulbus entstanden ist, oder ob der Bulbus der Ausgangspunkt der Thrombose gewesen ist und letztere sich von hier in retrograder Weise auf die benachbarten Hirnsinus ausgedehnt hat. Ebenso schwer ist es oft, zu bestimmen, ob es sich um eine wandständige oder obturierende Sinusthrombose handelte. Trotz vieler in Betracht kommender mechanischer Momente ist die Thrombenbildung auf nicht erkrankter Sinuswand etwas sehr Zweifelhaftes. Trotz verschiedener Pathogenose beider Arten von Bulbusthrombose ist ihr Verlauf und ihre Prognose sehr ähnlich. Besonders groß ist bei der Bulbusaffektion die Gefahr der Bildung großer Senkungsabszesse an der Schädelbasis und am Halse; und zwar können sich intravenöse, extravenöse Abszesse und tiefe Eiterheerde in der Nackengegend bilden. Die Diagnose einer wandständigen Bulbusthrombose wird immer nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein, doch kann sie durch das Auftreten von Drüsenschwellungen vor und unter der Spitze des Warzenfortsatzes, eventuell durch Reizungs- oder Lähmungserscheinungen eines der Nerven, welche die Schädelhöhle durch das Foramen jugulare verlassen, gestützt werden. Ferner kann es die Diagnose stützen, wenn man in dem gesunden Ohr einen bläulich dunklen Schatten im hinteren unteren Quadranten des Trommelfells und dadurch einen hochstehenden Bulbus erkennt, namentlich wenn man einen Druck auf die Vena jugularis ausübt. Eine weitere, allerdings seltene Unterstützung kann die Diagnose erfahren, wenn Geschwister mit ähnlich geformten Schädelknochen, oder Eltern und Kinder gleichzeitig oder nacheinander an akuter Mittelohreiterung erkranken, in deren Verlauf es bei dem einen Pat. zu primärer Bulbusthrombose kommt. Treten dann bei dem zweiten Pat. dieselben Symptome auf, so ist hier die Diagnose leichter zu stellen. Man soll also eine sorgfältige Anamnese erheben. Bei seinen eingehend erörterten therapeutischen Vorschlägen hält es G. für

empfehlenswert, bei parietaler wie bei obturierender primärer Bulbusthrombose nach vorausgeschickter Jugularisunterbindung den Bulbus freizulegen und auszuräumen, am besten nach der Methode von Voss. Bei sekundärer Thrombose kann nach Entfernung des infektiösen Thrombus aus dem Sinus sigmoideus mit oder ohne Ligatur der Vena jugularis Heilung eintreten, ohne daß der Thrombus im Bulbus in Angriff genommen wird.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

12) **W. Uffenorde.** Die Erkrankungen des Siebbeins. Mit 7 Tafeln und 35 Abbild. im Text. 207 S. Preis 10 Mk.

Jena, **Gustav Fischer**, 1907.

Das mit z. T. guten eigenen Abbildungen ausgestatte Buch ist aus der Göttinger Univ.-Poliklinik für Ohren- und Nasenkranke hervorgegangen. Naturgemäß stützt sich Verf. in seinen Ausführungen zum großen Teil auf die klassischen Werke, vor allem von Hajek und dann auch von Onodi. Auch seine klinischen und histologischen Untersuchungen bringen nichts Wesentliches, was nicht schon in dem ausgezeichneten Buch von Hajek enthalten wäre. Die histologischen Befunde dürfen insofern als Ergänzung zu denen von Hajek betrachtet werden, als sie auch Teile des »engeren Siebbeinlabyrinths«, nicht nur der mittleren Muschel umfassen. Seine Untersuchungen führten Verf. zur Aufstellung des Begriffes der Ethmoiditis hyperplastica, für die er eine energische operative Therapie verlangt. Zur Untersuchungstechnik und Therapie empfiehlt U. statt der Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel nach Hajek die Infraktion der Concha und nachfolgende Verwendung des Killian'schen Spekulums. Die endonasale Trepanation nach Halle zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken wird verworfen. Die Kapitel über Komplikationen der Ethmoiditis chronica, besonders über Mucokele des Siebbeins und über vom lateralen Siebbeinrecessus ausgehende Orbitalabszesse, ferner über Geschwülste und infektiöse Granulome sind unter Einflechtung eigener Beobachtungen recht ansprechend geschrieben.

Engelhardt (Kassel).

---

13) **R. Bastianelli.** La cura della spondilite tubercolare.

(Archivio di ortopedia XXIV. 5—6. 1907.)

Im Gegensatze zu Galeazzi zeigt sich B. in seinem für den IV. Kongreß der italienischen orthopädischen Gesellschaft erstatteten Referat als Optimist, der von der direkten chirurgischen Behandlung der tuberkulösen Spondylitis Erfolge erhofft. Als Ausgangspunkt seiner Betrachtungen wählt er die Komplikationen von seiten des Rückenmarkes, die in 19% aller Fälle vorhanden sein und in der Mehrzahl der Fälle, besonders wenn es sich um Erwachsene handelt, nicht zur spontanen Ausheilung gelangen sollen. Die Diagnose der Störungen des Rückenmarkes und der hinteren Wurzeln und noch mehr die Feststellung der Art der Störung ist oft recht schwierig und bedarf der Beachtung und neurologischen Wertung aller Symptome und Er-

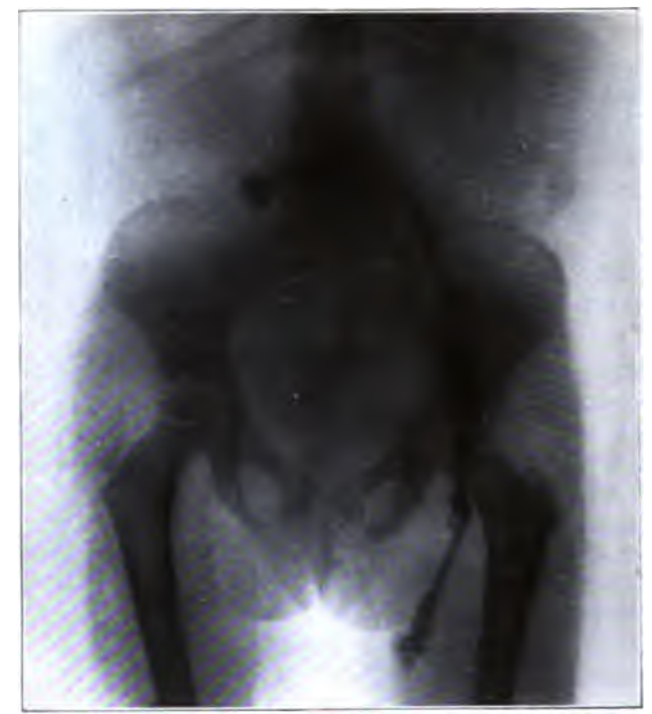


Fig. 1.



Fig. 3.

E. G. Beck, Zur Diagnose und Behandlung von Fistelgängen.

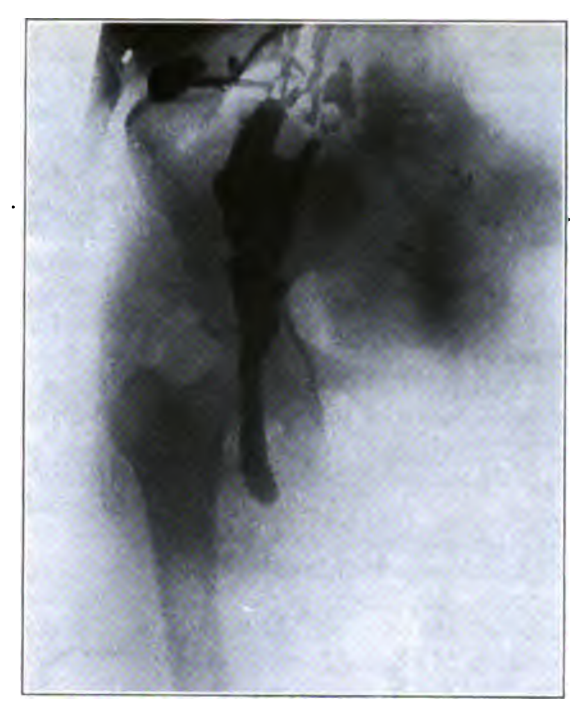


Fig. 2.

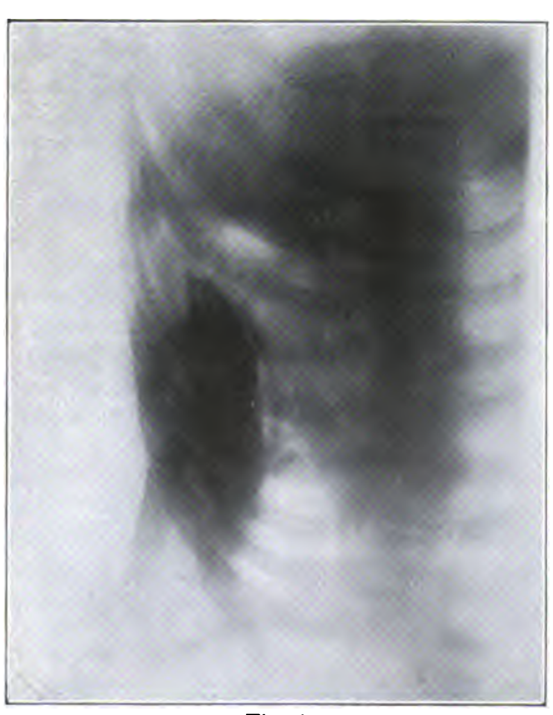


Fig. 4.

scheinungen, da der chirurgische Eingriff nur bei Kompressionsstörungen durch Knochen- oder Abszeßdruck berechtigt ist. Als Eingriff kommt vorzugsweise die Laminektomie in Frage, die in 168 gesammelten Fällen in 31,5% dauernden Erfolg und in 57,7% Mißerfolge brachte. Die Operation ist nicht die Methode der Wahl bei der Behandlung der nervösen Komplikationen des Pott'schen Buckels, sondern hat bestimmte Indikationen und Kontraindikationen. Bei den Erkrankungen des hinteren Wirbelabschnittes ist die Operation in allen Fällen angezeigt, bei denen des Wirbelkörpers nur dann, wenn die Knochenerkrankung ausgeheilt ist, wenn Blasen- und Mastdarmlähmung besteht, bei raschem Fortschreiten der nervösen Störungen, die durch orthopädische Maßnahmen nicht beeinflußt werden, endlich bei plötzlichem Eintreten der Paraplegie nach stattgefundenem Trauma.

Kontraindikationen sind vorgeschrittene Visceraltuberkulose, septischer Dekubitus, Cystopyelitis, Amyloiddegeneration, große Mediastinal- oder Senkungsabszesse.

Die relativ geringen Erfolge der Laminektomie erklärt B. damit, daß der Eingriff im allgemeinen zu spät vorgenommen, und daß dabei vor allem die Kompression berücksichtigt wurde, ohne daß die spondylitischen Schädigungen beseitigt wurden. Im Anschluß daran versucht der Autor einen kurzen Hinweis auf die Möglichkeit der direkten chirurgischen Beseitigung des tuberkulösen Herdes auf paravertebralem Wege nach Ménard und Vincent und erwähnt, daß bisher über 41 so behandelte Fälle berichtet wurde, von denen 32 zur völligen Heilung kamen. Der Autor kommt zum Schluß, daß in der Kombination der paravertebralen Methode und der Laminektomie das Ideal der Therapie liege und hofft, daß die möglichst frühzeitige Behandlung noch bessere Resultate ergeben werde.

Strauss (Nürnberg).

---

14) **S. Erdheim.** Über Cysten und Fisteln des Ductus thyreoglossus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Verf. konstatierte auf Grund seiner Beobachtungen, daß die Bildung der medialen Halsfisteln eine andere ist als die der lateralen. Die letzteren entstehen meist durch Persistenz der äußeren Kiementasche, münden also primär an der Haut aus. Das ist bei der medianen Halsfistel nicht möglich, da der tiefste Punkt, bis zu dem der Ductus thyreoglossus hinabreichen kann, der Processus pyramidalis der Schilddrüse ist, so daß die Verbindung als Ganzes mit der Haut sich erst sekundär ausbilden kann. Eine regelmäßige Verteilung in der epithelialen Auskleidung der Fistel konnte nicht gefunden werden. Zylinder- und Plattenepithel wechselten miteinander unregelmäßig ab. Das geschichtete Zylinderepithel hatte größtenteils einen Besatz von Flimmern, die aber durch Entzündung verloren gehen können. Ein wichtiger Bestandteil der Fisteln war das lymphoide Gewebe, das unterhalb des Epithels in stärkerer oder geringerer Ausbreitung fast konstant zu finden war; ebenso regelmäßig waren Schleimdrüsen oder

kleinere Schleimcysten anzutreffen. Stets lag der Fistelgang vor dem Zungenbein; auch kam es vor, daß die Fistel durch das Zungenbein hindurch verlief. In den meisten Fällen endigt der Gang über der Höhe des Zungenbeines. Die Therapie kann nur in einer Exstirpation des Fistelganges mit seinen Anhängen bestehen. Zur radikalen Beseitigung ist gewöhnlich dabei die Resektion des mittleren Zungenbeinteiles notwendig, da ohne diese Maßnahme Epithelteile zurückgelassen werden können, resp. dem Auge unzugänglich bleiben, so daß Rezidive auftreten. E. ist sogar für prinzipielle Resektion des mittleren Zungenbeinstückes, obschon einige wenige Fälle auch ohne dieselbe heilen können. Unannehmlichkeiten bringt dies Verfahren für den Pat. nicht mit sich.

Zum Schluß beschreibt Verf. noch zwei Fälle, die weiter weg vom Zungenbein lagen, genetisch aber doch mit dem Ductus thyreoglossus in Zusammenhang standen. Es handelte sich dabei um eine Cyste in der Zungenspitze, die teils geschichtetes Plattenepithel vom Charakter des Mundschleimhautepithels, teils geschichtetes, zylindrisches Flimmerepithel aufwies, und um eine zweite zum Teil in der Zungenspitze, zum Teil in der Mitte der Zunge bis zum Mundhöhlenboden und Zungenbein gelegenen Cyste. Derartige Fälle sind sehr selten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

15) **Lancereaux** et **Paulesco.** Le traitement du goitre exophthalmique par le sulfate de quinine.

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 8.)

Auf Grund vieler und über mehrere Jahre ausgedehnter Erfahrungen wird Chinin zur Behandlung des Morbus Basedowii empfohlen. Man gibt es in der Menge von 1—1,5 g abendlich in 2—3 Teilen in $^1/_4$stündigen Intervallen durch 15—20 Tage jeden Monat. Die Wirkung erfolgt rasch und auffällig. Es verschwinden sehr bald alle Symptome der Krankheit bis auf den Kropf, der sich allerdings auch verkleinert. In veralteten Fällen empfiehlt es sich, Ergotin hinzuzufügen.

Die Heilungen werden bei genügender Ausdauer dauernde.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

16) **W. Körte.** Erfahrungen über Operationen wegen Lungeneiterung und -Gangrän.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

K. berichtet über die von ihm beobachteten Fälle von Operationen wegen Lungeneiterung und Lungengangrän. Im ganzen sind es 58 Einzelbeobachtungen, die in überwiegender Mehrzahl auf das männliche Geschlecht fallen und meist die Unterlappen, erst in zweiter Linie die Oberlappen betreffen. Auskultation und Perkussion ließen häufig bei der Diagnose auf Abszeß und Gangrän im Stich. Dagegen gab die Untersuchung mit Röntgenstrahlen oft eine wertvolle Unter-

stützung. Zu warnen ist vor der Probepunktion wegen Infektionsgefahr für die Pleura. Hat man einen Lungenherd durch die geschlossene Brustwand punktiert, dann ist sofortige Freilegung des Herdes erforderlich. Der Regel nach soll nur nach Freilegung der Lungenpleura punktiert werden. Meistens waren die akuten, eitrigen und gangränösen Lungenherde solitär. Bei oberflächlicher Lage der Zerfallshöhle kommt es leicht zum Pleuraempyem. Die Lungenbronchiektasien treten meist in größerer Zahl auf, so daß die Eröffnung einer Kaverne keinen genügenden Sekretabfluß bewirkt. Tiefer gelegene Bronchiektasien entziehen sich oft der Diagnose, auch derjenigen durch die Röntgenphotographie. Was die Indikationen zur Operation anlangt, so kann man bei akuten Zerfallshöhlen nach Pneumonie mit rein eitrigem Auswurf ohne größere Gewebsfetzen zunächst abwarten; tritt aber beim Lungenabszeß nach einigen Wochen keine Heilung ein, so soll man mit dem Eingriff nicht länger zögern. Bei putridem Auswurf mit oder ohne Lungenfetzen ist eine spontane Ausheilung nicht zu erwarten. Die Gefahren des Abwartens bestehen in Blutungen, weiterschreitender Lungenentzündung, Empyem, Metastasen und Sepsis. Schwierig ist die Indikationsstellung bei bronchiektatischen Kavernen, weil die Ausdehnung des Prozesses sehr schwer zu erkennen ist und man nur bei beschränkter Ausdehnung auf einen Lungenlappen auf Erfolg hoffen kann. Die Operationen sind auch viel angreifender als beim Abszeß; oft sind weitgehende Spaltungen, ausgedehnte Rippenresektionen, Resektionen ganzer Lungenlappen erforderlich. Bei bestehender Lungenblutung soll man nur operieren, wenn man mit einiger Sicherheit den Sitz der Blutung diagnostizieren kann. Wenn möglich, wurde nach Morphiuminjektion mit Infiltrationsanästhesie operiert. Wird die Allgemeinnarkose nötig, so soll sie jedenfalls keine tiefe sein, da sonst die Aspiration von jauchigem Sekret und Blut in die andere Lunge begünstigt wird. Wichtig ist eine ausgiebige Freilegung des Operationsterrains. Ob eine Verklebung der Pleura pulmonalis und costalis besteht, läßt sich erst bei der Operation selbst entscheiden. Wo sie fehlt, hat K. die Pleuranaht nach Roux mit Hinterstichen angewendet. Reißt das Brustfell bei der Operation weiter ein, so soll man die Lunge vorziehen und in den Defekt einnähen. Die Anwendung von Ätzmitteln und die Tamponade zur Erzielung von Verwachsungen sind unsicher und umständlich. Meist hat Verf. einzeitig und nur bei bedrohlichem Zustand des Kranken zweizeitig operiert. Die Lunge selbst kann man zweckmäßig mit dem Glühmesser durchtrennen. Stärkere Blutungen müssen rasch durch Umstechung gestillt werden. In den Eiterherd wird ein mit Jodoformgaze umhülltes Drainrohr eingeführt. Von Komplikationen, welche bei dem Eingriff auftreten können, werden besonders erwähnt das Eintreten von Luft in angeschnittene Venen, Lungenflattern, Atemstörungen mit Kollaps, ferner Todesfälle durch Reflexwirkung von den Vagusästen der Lunge aus. Die Heilung der Eiterhöhlen erfolgte in der Regel durch Granulation und Narben-

bildung, zweimal durch Auskleidung mit einer glatten Epitheldecke, die in einem Falle mittels Thermokauter zerstört wurde, so daß schließlich doch Heilung eintrat. Sonst wurde Fistelbildung nicht beobachtet. Von 28 wegen Lungengangrän und Abszeß Operierten genasen 20. Bei den Pat. mit bronchiektatischen Kavernen wurde nur viermal Heilung erzielt, und zwar nach vielen Schwierigkeiten und häufigen Eingriffen. Diesen Heilungen stehen 11 Todesfälle gegenüber. Ob das Operieren unter Druckdifferenz eine wesentliche Besserung der Operationsresultate bei Lungeneiterung geben wird, muß die weitere Erfahrung lehren. **E. Siegel (Frankfurt a. M.).**

---

17) **Cushing and Branch.** **Experimental and clinical notes on chronic valvular lesions in the dog and their possible relation to a future surgery of the cardiac valves.**

(Journ. of med. research 1908. Nr. 4.)

C. und B. haben die von Brunton (Lancet 1902 I. p. 352) an Leichen erprobte Methode, Herzklappenfehler chirurgisch zu behandeln, am lebenden Tiere versucht.

Die Herzklappenverletzung wurde mit Ausnahme eines Falles künstlich erzeugt. Das Herz wurde durch Wegnahme des mittleren Brustbeinteiles oder durch Thorakotomie freigelegt, die Klappenverletzung in der Weise bewerkstelligt, daß man von der durch Ligatur fixierten Herzspitze aus ein »Valvulotom« in die rechte oder linke Herzkammer einführte. Die Blutung war gering. Von 25 Tieren überstanden 11 die Operation und erholten sich auffallend rasch, ohne daß Kompensationsstörungen eintraten.

Die Technik bedarf noch weiterer Vervollkommnung, ehe die Methode am Menschen angewandt werden kann. In Frage kommt zunächst nur die operative Behandlung hochgradiger Mitralstenose. Sie sei berechtigt, da die Insuffizienz ein kleineres Übel sei als die Stenose.

Revenstorf (Hamburg).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Ein Apparat, um feste Verbände an der unteren Extremität ohne jegliche Assistenz anzulegen.

Von

Dr. Paul Manasse in Berlin.

Bei der Anlegung von Gipsverbänden wegen Fraktur der unteren Extremität besteht der große Übelstand, welcher gewiß schon von vielen Ärzten empfunden worden ist, daß die Fixierung der Bruchenden bis zum Erhärten des Verbandes selbst durch geschulte Assistenz nicht immer in genügender Weise geschieht. Besonders gilt dies für Brüche mit starker Längsverschiebung der Fragmente, wo die Kraft der Gehilfen, welche durch Zug und Gegenzug die Verkürzung aus-

zugleichen haben, schließlich erlahmt. Auch bei losen Knöchelfrakturen geht die richtige Adaption der gebrochenen Teile während des Verbandes häufig verloren, da der Assistent den Fuß, an welchem er ziehen soll, zeitweilig loslassen muß, damit die Gipstouren herumgeführt werden können. Sind die Bruchenden um die Längsachse des Beines gedreht oder seitlich und winklig abgeknickt, so ist, wenn die ersten Gänge der Gipsbinde die Bruchstelle bedecken, die Kontrolle über die wirkliche Lage der Fragmente sehr erschwert, und unbemerkt stellt sich die fehlerhafte Dislokation häufig wieder ein.

Fig. 1.

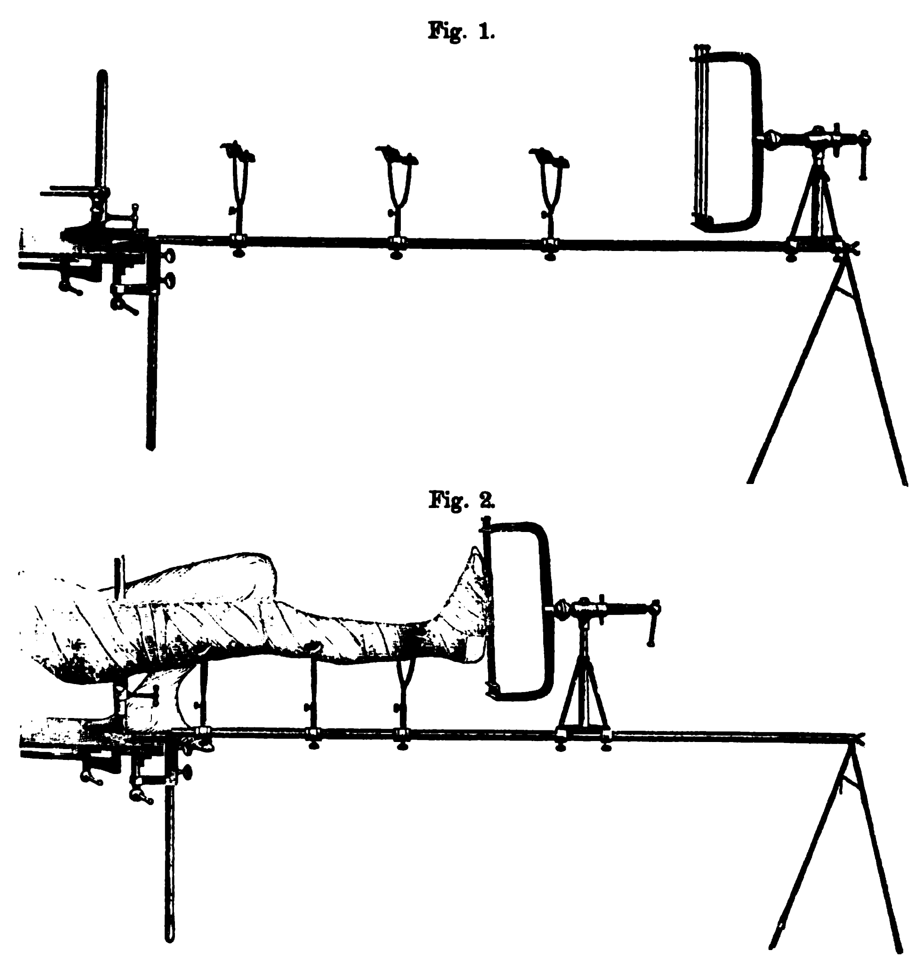


Fig. 2.

Der Apparat, welchen ich konstruiert habe, hilft über diese Schwierigkeiten hinweg; denn er gestattet, ohne Hilfe eines Assistenten, dem Beine jede zur Anlegung fester Verbände notwendige Stellung zu geben und dieselbe weiterhin sicher zu erhalten. Der Apparat besteht, wie aus der Zeichnung ersichtlich ist, 1) aus einer Beckenstütze, 2) einer horizontalen Stange, auf welcher mehrere, mit Leinengurten überspannte und für den Ober- bzw. Unterschenkel bestimmte Träger verschiebbar angebracht sind, 3) einem Fußstücke, welches sich ebenfalls auf der Trägerstange in der Längsrichtung verschieben läßt. Der Apparat ist an jedem beliebigen Tische mittels Schraubzwingen, die sich an der Beckenstütze und der Trägerstange befinden, anzubringen.

Soll nun z. B. ein Gipsverband angelegt werden, so bringt man, je nach der Länge des Beines und der beabsichtigten Größe des Verbandes, einen bis vier Träger auf die Stange und zum Schluß das Fußstück, welches derartig postiert wird, daß an dessen Stäben die Fußsohle des Kranken gerade anliegt. Dieser Teil des Apparates, welcher die Stäbe enthält, ist horizontal und vertikal verstellbar, außerdem durch ein Kugelgelenk um alle Achsen drehbar. Der Fuß wird zunächst in der fehlerhaften Stellung an die Stäbe durch Mullbinden fixiert. (In Fällen starker Verschiebung der Bruchenden geschieht die Befestigung durch einen besonderen schmalen Leinenbindenzügel.) Darauf werden Mullbinden um das Bein, soweit notwendig, umgewickelt, falls nicht eine Trikotumkleidung bevorzugt wird. Der Kranke ist jetzt so gelagert, daß er mit den Weichteilen des Gesäßes auf den zwei flachen Stäben der Beckenstütze, mit dem Ober- und Unterschenkel des verletzten Beines auf den Leinengurten der Träger ruht und mit der Sohle seinen Halt an dem Fußstücke des Apparates findet. Das gesunde Bein steht auf einem daneben befindlichen kleinen Tisch auf. Den Oberkörper lagert man auf Kissen, bei Beckenverbänden so, daß das Becken völlig frei bleibt. Der Ausgleich der fehlerhaften Stellung geschieht nunmehr durch allmählichen Zug an dem unteren Fragmente, was durch entsprechende Bewegung der Schraubenmutter an der Spindel des Fußstückes bewirkt wird. Etwaige fehlerhafte Drehung wird in dem Kugelgelenke korrigiert. Den notwendigen Gegenzug bzw. Gegenhalt leistet die Schwere des Körpers und die vertikale Stange der Beckenstütze, welche sich gegen den Damm des Kranken legt. Ist die Korrektur vollendet, so bleibt das Bein, wie ohne weiteres verständlich, von selbst in der ihm erteilten Stellung liegen und der Arzt vermag jetzt ohne Hilfe eines Assistenten den festen Verband anzulegen. Nach dem Erhärten desselben werden die Stäbe des Fußstückes nach oben herausgezogen, die Leinengurte der Träger am Ober- und Unterschenkel, soweit sie aus dem Verbande hervorragen, abgeschnitten und die flachen Stäbe der Beckenstütze, auf welchen der Kranke ruhte, aus dem Verband entfernt.

Ich benutze den Apparat[1] seit $1^3/_4$ Jahren und kann denselben empfehlen, besonders denjenigen Ärzten, welche bei ihrer Tätigkeit in kleineren Orten auf geschulte Assistenz verzichten müssen. Der Apparat dient nicht nur für Gipsverbände bei Knochenbrüchen, sondern überhaupt für feste Verbände aller Art, insbesondere nach Reposition der Luxatio femoris colli congen., wo es besonders auf zuverlässige Fixation des Beines ankommt.

II.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin.
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Hildebrand.

Eine selbsttätige Saugspritze.

Von

Stabsarzt Dr. Neuhaus,
Assistenten der Klinik.

Das Instrument, welches bisher zu Punktionen aller Art benutzt wurde, ist die Pravazspritze resp. irgend eine Modifikation derselben. Das Prinzip aller dieser Punktionsspritzen besteht darin, daß, nachdem die Nadel der Spritze bis zu der gewünschten Tiefe eingestochen ist, durch Hochziehen des Kolbens in dem Zylinder der Spritze ein Vakuum geschaffen wird, welches durch seine Saugkraft die in dem zu punktierendem Raume etwa vorhandene Flüssigkeit aspiriert.

Bei der Ausführung der Punktion mit der bisher gebräuchlichen Pravazspritze haben wir es stets als einen Mißstand empfunden, daß man dieses Vakuum erst

---

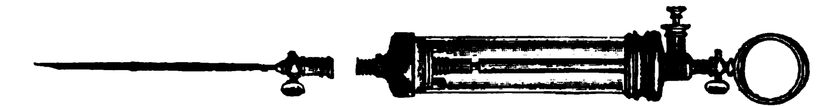
[1] Alleinverfertiger ist G. Kunze jun., Berlin-N., Lindowerstraße 18/19.

dann herstellen kann, wenn die Kanüle schon eingestochen ist. Durch das Hochziehen des Kolbens ist eine Verschiebung der Kanüle und damit ein negatives Resultat der Punktion mitunter unvermeidlich, ganz abgesehen davon, daß durch das Hin- und Herbewegen der Punktionsnadel beim Hochziehen des Kolbens gelegentlich Schmerzen hervorgerufen werden können. Man muß die Kanüle event. wieder herausziehen und von neuem einstechen, bei nervösen und empfindlichen Pat. ein besonders unerfreuliches Ereignis.

Um diesem Übelstand abzuhelfen, haben wir eine Spritze konstruiert, bei welcher das Vakuum bereits vor dem Einstechen der Kanüle hergestellt werden kann. Dadurch wird das Verschieben der Kanüle infolge Hochziehens des Kolbens vermieden, so daß eine größere Sicherheit und Exaktheit im Gebrauche gewährleistet wird. Da die Spritze eine prinzipielle Neuerung darstellt, so halten wir ihre Veröffentlichung für nicht überflüssig.

Das Prinzip der Spritze sei an der Hand untenstehender Zeichnung näher erläutert.

Der Glaszylinder der Spritze faßt 10—15 ccm; natürlich kann auch ein größerer oder kleinerer gewählt werden. In diesem Glaszylinder kann ein Kolben, luftdicht abschließend, hin- und herbewegt werden. Der Kolben ist bei unserer Spritze aus Metall angefertigt; selbstredend kann er auch aus irgend einer anderen Masse hergestellt werden (Durit usw.). Der Glaszylinder trägt an beiden Enden als Abschluß je ein Ansatzstück aus Metall, von denen das eine, welches die Kanüle trägt, in ein Schraubengewinde ausläuft. Auf dieses Schraubengewinde wird eine Kanüle aufgeschraubt, wobei jedoch vorher zwischen Kanüle und Ansatzstück des Glaszylinders ein Gummiplättchen eingeschaltet wird zwecks besserer Abdichtung.



An der Kanüle selbst befindet sich, bevor sie in die eigentliche, $^1/_2$ cmweise graduierte Punktionsnadel ausläuft, ein Hahn. Durch eine einfache Drehung dieses Hahnes kann man zwischen Glaszylinder und Punktionsnadel eine Kommunikation herstellen oder unterbrechen, da ja die Kanüle auf den Zylinder luftdicht aufgeschraubt ist. Für den Kolben der Spritze befindet sich an dem ebenfalls metallischen Ansatzstück an dem anderen Ende des Glaszylinders eine selbsttätige Arretierung. Zieht man den Spritzenkolben völlig hoch, so tritt diese Arretierungsvorrichtung automatisch in Tätigkeit. Der Kolben wird dann absolut sicher festgehalten; es bedarf erst eines Fingerdruckes auf einen an der Arretierung angebrachten Knopf, um ihn aus seiner Verankerung zu befreien.

Der Gebrauch der Spritze ist demgemäß klar. Soll punktiert werden, so wird die Kanüle auf den Glaszylinder der Spritze aufgeschraubt und der Hahn zunächst so gestellt, daß keine Kommunikation zwischen Punktionsnadel und Glaszylinder besteht. Darauf wird der Kolben völlig hochgezogen, wobei er von der Arretierungsvorrichtung festgehalten wird. Nunmehr ist in dem Glaszylinder der Spritze ein Vakuum hergestellt, welches zur Aspiration verwandt werden kann.

Nachdem dann die Punktionsnadel bis zu der gewünschten Tiefe eingestochen ist, wird durch eine einfache Umdrehung des Hahnes die Kommunikation zwischen dem vorher luftleer gemachten Glaszylinder und der Punktionsnadel hergestellt. Damit tritt die ansaugende Kraft des Vakuums in dem Glaszylinder in Tätigkeit.

Wir haben diese selbsttätige Saugspritze in der Klinik mehrfach probiert, u. a. auch bei Neisser'schen Gehirnpunktionen, und sind mit ihr wegen der Leichtigkeit und Sicherheit ihrer Handhabung sehr zufrieden gewesen. Hervorheben möchten wir noch, daß die Saugkraft der Spritze ziemlich stark ist, da nach Öffnen des Hahnes sofort das ganze Vakuum der Spritze in Aktion tritt, im Gegensatz zu der allmählich einsetzenden Wirkung einer zur Aspiration benutzten

Pravazspritze. Die graduierte Punktionsnadel erleichtert die Bestimmung der Tiefe, in welcher man punktiert.

Die Spritze ist natürlich auch als Injektionsspritze brauchbar; man muß dann nur den Hahn so drehen, daß von vornherein eine Kommunikation zwischen Punktionsnadel und Glaszylinder besteht. Die hiesige Firma Löwenstein hat die Konstruktion der Spritze übernommen.

III.

Trauma und Karzinom.

Von

Prof. Lanz in Amsterdam.

Der Fußballspieler, der zufällig gerade einen Furunkel hat und beim Spiel einen »Hufschlag« gegen seine Tibia bekommt, riskiert im Laufe der nächsten Tage unter stürmischen Erscheinungen an akuter Osteomyelitis tibiae zu erkranken.

Ein mit Gonorrhöe behafteter Pat., der eine größere Fußtour macht, kann sich infolge der Überanstrengung einen gonorrhoischen Muskelrheumatismus oder eine gonorrhoische Gelenkmetastase zuziehen.

Ich kenne einen Pat., der im Anschluß an einen Fall auf das Knie an einer tuberkulösen Gonitis erkrankte, und bei dem in der Folge auch nach geringfügigen Traumen jeweilen eine lokale Tuberkulose auftrat: im Anschluß an ein Anstoßen mit dem Arm ein tuberkulöser Abszeß daselbst; infolge einer Verstauchung der Hand eine Cheirarthritis tuberculosa usw.

Analoge Vorkommnisse sind uns auch von anderen Infektionskrankheiten bekannt und können wohl nur so gedeutet werden, daß die Infektionsträger gelegentlich in die Blutbahn gelangen, dort aber in der Regel durch die Phagocytose unschädlich gemacht werden; — bis zum Momente, wo infolge der Schaffung eines Locus minoris resistentiae durch traumatische Gewebsschädigung der vorhandene Zündstoff zur Explosion kommt. So ist im Falle des Fußballspielers der Staphylokokkus pyogenes aureus, der geradezu spezifisch ist, sowohl für den Furunkel als für die akute Osteomyelitis, vom ersteren aus in die Zirkulation geraten, und das Trauma hat die lokale Disposition zur Festsetzung des Infektionskeimes in der Metaphyse der Tibia gesetzt.

Vom Karzinom ist meines Wissens ein solches Verhalten nicht bekannt, obschon ja der Verband zwischen Trauma und Karzinom allgemein angenommen wird.

Sog. Impfmetastasen allerdings sind in der Literatur mehrfach verzeichnet: es sind das Fälle, bei denen es, offenbar durch Verschleppung karzinomatösen Materiales unter der Operation, in der Folge zu der Bildung eines Karzinoms in der Narbe kam.

Auch die »Abklatschkarzinome« sind nur an den Lippen, den Schamlippen, vom Ösophagus und in jüngster Zeit vom Darmrohr bekannt geworden.

Eine Reihe von Beziehungen zwischen Karzinom und Infektionskrankheiten sind uns lange bekannt, auf andere haben uns die jüngsten Immunitäts- und experimen- Krebsforschungen hingewiesen.

Mit der nachfolgenden Beobachtung möchte ich eine eigenartige derartige Beziehung verzeichnen:

Die 56jährige Pat. J. V. operierte ich am 27. November 1907 an einer doppelseitigen Schenkelhernie. Links war dieselbe ungewöhnlich groß, reichte bis über die Mitte des Oberschenkels hinunter; doch waren die Bruchsäcke nicht ungewöhnlich verwachsen, konnten größtenteils stumpf ausgelöst und nach ihrer Isolierung in üblicher Weise basal durchstochen und abgebunden werden. Dabei zeigte sich in den Bruchsäcken keine Flüssigkeit; veränderte Lymphdrüsen wurden nicht verzeichnet.

Die Heilung der mittels fortlaufender Naht geschlossenen Wunden erfolgte p. p. ohne Hämatombildung, und die Operationsnarben sind zurzeit so lineär, daß sie kaum mehr sichtbar sind.

2 Monate nach der Operation kam die Pat. in die Klinik zurück mit einem über handgroßen Infiltrat, welches die ganze Gegend in Beschlag nahm, die früher von dem linksseitigen Bruchsack eingenommen war, und welches eine so charakteristisch harte Konsistenz und breite Verwachsung mit der Haut und der Unterlage darbot, daß bei der ersten Untersuchung schon die Diagnose auf die karzinomatöse Natur des Infiltrates gestellt werden mußte.

Wie aber kam die Pat. zu einem solchen rätselhaften, traumatischen, operativen Karzinom?

Irgendwelche Erscheinungen eines anderweitigen primären Karzinoms konnten nicht nachgewiesen werden; es bestanden im Zeitpunkte der Bruchoperation weder nachweisbare lokale Drüsenveränderungen, noch abdominale Klagen, noch Veränderungen des Bruchsackperitoneum.

Die Zweifel sollten sich leider bald klären, indem leichte Magenbeschwerden auftraten und weitere 3 Wochen später Ascites sich auszubilden begann, der rasch zunahm und die Punktion erforderte. Ich machte dieselbe, statt mit dem Trokar mit dem Messer, indem ich im Interesse einer Sicherung der Diagnose unter Lumbalanästhesie eine Inzision in der Linea alba zwischen Nabel und Symphyse legte. Mit der nach dem Cruralringe zu eingeführten Hand konnte ich nach Entleerung des Ascites ein karzinöses Infiltrat des Peritoneum in der Bruchgegend nicht nachweisen. Wohl aber exzidierte ich aus dem Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand ein stecknadelkopfgroßes Knötchen zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung. Das Resultat der letzteren ist nicht einwandfrei, wohl aber ist soeben, nach einer wiederholten Punktion ein Magenkarzinom palpabel geworden.

Die folgenden Erklärungsmöglichkeiten stellen sich ein:

In jüngster Zeit ist empfohlen worden, die Leistendrüsen des Meerschweinchens, dem man tuberkuloseverdächtiges Material einimpft, bei der Impfung zu quetschen, worauf die Impftuberkulose viel rascher manifest wird. Von den Infektionskrankheiten wissen wir, daß deren Keime monate- oder jahrelang ein Schlummerdasein führen und erst bei einer zufälligen Gelegenheitsursache (Erkältung, mangelhafte Ernährung, Trauma) einen lokalen Krankheitsprozeß hervorrufen. Etwas Analoges existiert offenbar auch beim Karzinom, indem der Organismus die Krebszelle jahrelang im Schach halten kann: so habe ich nach Amputatio mammae wegen Karzinom in einem Falle 13 Jahre, in einem zweiten Falle gar 23 Jahre nach der Operation ein Axillardrüsenrezidiv entfernt. Gleich wie bei der Diphtherie, bei Gonorrhöe usw. der scheinbar gesundete Organismus monate- oder gar jahrelang den Erreger beherbergt, in welchem Falle wir von Bazillenträgern sprechen, so könnten wir beim Karzinom von »Zellträgern« sprechen.

In unserem Falle könnte es sich also um eine Präexistenz von Karzinomzellen in den Cruraldrüsen gehandelt haben; das Trauma der Operation hätte in diesem Falle den bereits vorhandenen lokalen Krankheitsprozeß nur angefacht.

Für eine solche Erklärung spricht der Umstand, daß zurzeit die Cruraldrüsen der rechten Seite deutlich vergrößert, etwas hart und fixiert sind. Gegen die Erklärung spricht die Tatsache, daß eine isolierte Erkrankung der Cruraldrüsen bei Magenkarzinom jedenfalls ein überaus seltenes Vorkommnis sein dürfte.

Eine zweite Möglichkeit wäre die, daß es sich um eine Fortleitung des karzinomatösen Prozesses vom Peritoneum, oder um eine bei Anlaß der Operation gesetzte Impfmetastase handeln könnte. Ich wiederhole, daß von einer eigentlichen Carcinosis peritonei keine Rede ist, und daß bei der Bruchoperation anscheinend normale Bruchsäcke entfernt wurden, in denen insbesondere keine Ascitesflüssigkeit vorhanden war.

Endlich könnte im Sinne der oben angeführten traumatischen Metastasen bei Infektionskrankheiten die Karzinomzelle im Zeitpunkte der Operation bereits im Blute zirkuliert und den die Wundhöhle ausfüllenden Blutkuchen »infiziert« haben,

[illegible] kann ein so [illegible] operatives [illegible] zur Anwendung kam.

[illegible] Erklärungsmöglichkeiten [illegible] ebenfalls erscheint mir die [illegible] Beziehung [illegible] zu [illegible] für die Beziehungen zwischen Trauma und Karzinom und [illegible] von [illegible] mit [illegible].

---

18) E. Martini. Studio sulle alterazioni isto-patologiche dei tumori maligni prodotte dalla roentgen-terapia.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1908. Nr. [illegible])

Die verschiedene Wirkung der Röntgenbestrahlung bei der Behandlung bösartiger Geschwülste ist dadurch bedingt, daß die Strahlen nur oberflächlich und nur auf junges protoplasmareiches Gewebe wirken. Dies zeigt die histologische Untersuchung in 12 inoperablen Fällen bösartiger Geschwülste. Diese wurden sämtlich genau in der gleichen Weise bestrahlt. 2 Epitheliome der [illegible] wurden geheilt, 2 Gesichtskarzinome, 1 Adenokarzinom des Hodens, 1 malignes Lymphom, 2 Sarkome und Myxosarkome wurden erheblich gebessert, während 1 Enchondrom und 1 Osteosarkom unbeeinflußt blieben. Die histologische Untersuchung ergab völlige Zerstörung der Karzinomzellen; bei den gebesserten Fällen waren die oberflächlich gelegenen Zellen degeneriert, während Enchondrom und Osteosarkom keinerlei Zellveränderung zeigte. Strauss (Nürnberg).

19) Pawlowsky. Über die Ätiologie der Noma.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

P. fand bei zwei Fällen von Noma in der Tiefe des Gewebes weit von der Oberfläche entfernt ein dichtes Netz nach Gram sich nicht färbender Fädchen von langer Gestalt. Sie vermehren sich anscheinend durch Teilung und sind dünner als die Stäbchen des Abdominaltyphus; auch ähneln sie in ihrer Form den Streptothrixfäden. Sie wurzeln sich primär bei der Noma in das Gewebe ein, indem sie sich in solcher Fülle vermehren, daß sie stellenweise das Gewebe selbst ersetzen und durch das Zusammenpressen desselben Nekrose hervorrufen. Verf. hält diese Fäden für die Erreger der Noma und glaubt demnach, daß die letztere zu den akuten infektiösen Nekroseprozessen gehört.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

20) O. Schwab. Über die Behandlung des Milzbrandes.

(Med. Klinik 1908. p. 262.)

Krankengeschichten von acht bakteriologisch sichergestellten Milzbrandfällen, die sämtlich ohne aktive chirurgische Behandlung heilten. In einem schweren Falle wurde die Abheilung durch Einspritzung von 30 ccm italienischen Milzbrandserums sichtlich gefördert. Georg Schmidt (Berlin).

21) H. Hilliard. A fatal case of status lymphaticus.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 25.)

Bericht über einen Todesfall in Chloroform-Äthernarkose bei einem 21jährigen, sehr nervösen Nikotiniker. Im Augenblicke der Durchtrennung der Vorhaut zum Zweck einer Zirkumzision kollabierte er zum erstenmal, konnte aber wieder ins Leben gerufen werden; bei der ersten Naht erfolgte der zweite, diesmal tödliche Kollaps. Die Sektion ergab: hochbogiger Gaumen, Tonsillarhypertrophie, Struma, Persistenz einer Thymus von 24 g Gewicht, die bis ans Perikard reichte, Herzerweiterung mit dünnen Wänden und fettiger Entartung, Milzschwellung mit Hyperplasie der Follikel, starke Hypertrophie der Solitärfollikel, der Peyer'schen Haufen und der Gekrösdrüsen. Weber (Dresden).

22) **H. South.** Depressions of the skull during delivery.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 11.)

Bei dem Kind einer 43jährigen Multipara, in Schädellage mit Zange entbunden, war das ganze rechte Stirnbein eingedrückt. Ein Knochenvorsprung hatte die Kopfhaut durchbohrt. Versuche, den eingedrückten Knochen durch Händedruck zu heben, mißlangen. Da das Kind bei guter Herztätigkeit tief asphyktisch war, und alle Maßnahmen, die Atmung in Gang zu bringen, erfolglos blieben, so schob G. bei bedrohlichem Nachlassen der Herzkraft und bevorstehendem Tode in Ermangelung anderer chirurgischer Instrumente die eine Klinge einer Schere von der Fontanelle aus unter den eingedrückten Knochen und hob ihn ohne Mühe bis in die Ebene der angrenzenden Schädelknochen. Sofort fing das Kind mit einem Schrei seine Atemtätigkeit an. Der Eingriff heilte ohne Folgen aus.

Weber (Dresden).

23) **Thursfield.** A case of gumma of the thyroid.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 18.)

T. berichtet kurz über eine 5 : $2^1/_2$ cm große, sehr harte, rechtsseitige Schilddrüsengeschwulst bei einem tertiär luetischen, 53jährigen Manne, die in kurzer Frist auf Jodkali völlig zurückging. **Weber** (Dresden).

24) **K. Bayer.** Anhaltender Schmerz als Indikation zur Freundschen Rippenknorpelresektion.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 7.)

Bei einer jungen Dame waren im Verlaufe von wenigen Monaten die 2., 3. und 4. rechte Rippe stark vorgetreten. Es bestanden sehr starke Schmerzen in der Brustmuskulatur, nach dem Arm ausstrahlend. B. nahm die Resektion des 2., 3. und 4. Rippenknorpels vor. Sofort nach der Resektion sanken die Rippen zurück in Normalstellung. Der Knorpel zeigte die Freund'schen Veränderungen. Die Kranke wurde von ihren Schmerzen befreit.

B. will durch den Fall zeigen, daß man zur Resektion der Rippenknorpel nicht die Folgeerscheinungen der Lungen, welche sich an die Freund'sche Degeneration des Rippenknorpels anschließen, abzuwarten braucht, sondern, daß man mit gutem Erfolge schon früher, in diesem Falle wegen der starken Schmerzen, intervenieren kann. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

25) **Edington.** Incision and drainage of the pericardium in a case of purulent pericarditis associated with abscess of the thigh.

(Glasgow med. journ. 1908. Februar.)

Bei einem 8 Jahre alten Knaben entwickelte sich im Anschluß an einen Abszeß hinter dem rechten großen Trochanter eine pyämische Metastase des Perikards. Durch Eröffnung und Drainage des Perikards nach Resektion der 5. Rippe ohne Verletzung der Pleura wurde innerhalb $5^1/_2$ Wochen völlige Heilung erzielt Die Eiterungen waren durch Staphylokokkus aureus hervorgerufen.

W. v. Brunn (Rostock).

26) **R. Hill.** Benign tumors of the breast.

(Amer. journal of surg. 1907. Dezember.)

Unter 13000 chirurgischen Fällen des Johns Hopkins-Hospitals waren 504 Brustgeschwülste und von diesen 163 gutartige, 46 intrakanalikuläre Myxome (? Ref.), 32 einfache Cysten, 17 Adenofibrome, 13 chronische, 12 tuberkulöse Mastitiden, 8 Cysten mit intracystischen papillären Wucherungen, 6 hypertrophische männliche Mammae, 5 cystische Adenome, 3 Adenome, 2 Lipome, 2 Dermoide.

Von besonderen Fällen wird ein 15jähriges Mädchen erwähnt mit einem großen Fibroadenom der unteren Mammahälften und zahlreichen kleinen »Marbel«-großen in den übrigen Mammateilen; eine 20jährige Frau mit einem kapselfreien, fest mit dem übrigen Drüsengewebe verwachsenen, walnußgroßen Fibroadenom, ein

auf dem Durchschnitt wabenförmiger, von zahlreichen kleinen, mit gelbem Serum gefüllten Cysten durchsetzter Tumor usw.

Verf. protestiert energisch gegen ein abwartendes Verfahren auch bei anscheinend gutartigen Mammatumoren. **Goebel** (Breslau).

27) Cheesman. Danger of pregnancy following operations for cancer of the breast.

(Buffalo med. journ. 1908. Januar.)

Sowohl wenn ein Brustkrebs zuerst während einer Schwangerschaft in Erscheinung tritt, als auch, wenn bei einer an Brustkrebs Erkrankten Schwangerschaft eintritt, nimmt die Erkrankung einen auffallend bösartigen Charakter an, und selbst frühzeitige Operationen bleiben ohne Erfolg, wie C. es in je einem Fall erlebte. Bei der zweiten Pat. blieb nach der sehr ausgedehnten, gründlichen Operation ein Rezidiv zunächst 9 Monate aus; dann trat Schwangerschaft ein, welche im 2. Monate künstlich unterbrochen wurde; trotzdem entwickelte sich äußerst schnell sowohl ein örtliches Rezidiv als auch eine Mastitis carcinomatosa (Volkmann) der anderen Brustdrüse.

C. hält es daher für geboten, Kranke mit Brustkrebs bzw. an Brustkrebs Operierte vor den Gefahren einer etwa eintretenden Schwangerschaft zu warnen, bzw. letztere sofort zu unterbrechen. **Mohr** (Bielefeld).

28) J. B. Bissell. Syphilitic tumors of the breast.

(New York med. record 1907. Juli 6.)

B. hat fünf Fälle von syphilitischen Neubildungen der Mamma beobachtet und kommt zu dem Schluß, daß Gummata der Brustdrüse nicht so selten seien wie bisher angenommen. Manche Exstirpation der Mamma könne bei sorgfältiger Diagnose vermieden werden. Subkutane Quecksilberinjektionen führen zu schneller Heilung und sind in zweifelhaften Fällen zu versuchen.

Loewenhardt (Breslau).

29) F. J. Tschistowitsch. Neurofibroma ganglionare nervi sympathici.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 1.)

Die Geschwulst wurde bei der Sektion eines 12jährigen Mädchens gefunden, das an Tuberkulose des Kreuzbeines und beider Hüftgelenke litt. Sie war gänseeigroß und lag rechts neben den Körpern des 4.—6. Brustwirbels. Mikroskopisch wurden nur in der tiefsten Schicht Nervenzellen gefunden. Die Achsenzylinder und die Schwann'schen Scheiden fehlten vollständig. Nach T. entstand die Geschwulst aus einem Ganglion des N. sympathicus, und wurde das Stroma nicht von amyelinen Nerven, sondern nur von Endoneuriumbündeln ohne Teilnahme der Nervenelemente gebildet. Nach Beneke gingen in solchen Fällen infolge regressiver Veränderungen der Geschwulst die Nervenzellen zugrunde; T. glaubt, daß sie von Anfang an an der Bildung der Geschwulst nicht beteiligt waren: selbst spezifische Färbungen (nach Ströbe, Mallory, van Gieson) zeigten keine Reste der Achsenzylinder und der Schwann'schen Scheiden.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 19. Sonnabend, den 9. Mai 1908.

Inhalt.

I.

Aus dem schlesischen Krankenhause zu Teschen.
Direktor und Primararzt Dr. H. Hinterstoisser.

Zur temporären Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher.

Von

Dr. J. C. Reinhardt,
Sekundararzt.

Mögen zur Entfernung gutartiger Nasenrachenpolypen auch wenig eingreifende Operationen vollkommen genügen, so erfordern bösartige Geschwülste des Nasenrachenraumes und der Schädelbasis doch zum Zwecke gründlicher Exstirpation immer eine ausgiebige Freilegung des verborgenen Operationsfeldes durch eingreifende Voroperationen.

Von den zahlreichen Methoden, die zu diesem Zweck ersonnen sind, dürfte wohl keine so viele Vorzüge in sich vereinigen als die temporäre Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher; denn sie schafft den breitesten Zugang zum Operationsfeld, ermöglicht infolgedessen ein gründliches Operieren, setzt den Operierten aber keiner Entstellung aus und gibt ein vorzügliches kosmetisches und funktionelles Resultat.

Obwohl Kocher seine Methode schon vor 16 Jahren erprobt und veröffentlicht hat, scheint sie doch nur wenig Anwendung gefunden zu haben; denn ich konnte in der mir zugänglichen Literatur nur 13 Fälle ihrer Anwendung verzeichnet finden. Es sind dies die von Lanz (operiert von Kocher), Falkenberg (Bornhaupt), Depage (zwei Fälle), Lavisé, Payr, Hertle, Enderlen, Stenger (Garrè), Pinkus (zwei Fälle v. Bergmann) und Hofmann (zwei Fälle, Streissler und Hofmann) veröffentlichten Fälle.

Diesen habe ich einen weiteren 14. von meinem Chef, Herrn Direktor Hinterstoisser, operierten Fall hinzuzufügen und glaube, daß es bei der geringen Zahl der nach dieser Methode operierten Fälle gewiß am Platze ist, über die dabei gemachten Erfahrungen zu berichten.

Alois Sk., 11jähriger Häuslerssohn aus Klubina in Ungarn. Aufgenommen am 4. Januar 1908.

Anamnestisch ist von den wenig intelligenten Angehörigen des Knaben, dessen Intelligenz auch merklich herabgesetzt erscheint, nur zu erfahren, daß es ihnen seit einigen Monaten auffiel, daß der Knabe durch die Nase nicht atmen könne, sondern immer mit offenem Munde atme. Schwerere Symptome, Blutungen und Kopfschmerzen, seien angeblich erst kurz vor Weihnachten aufgetreten.

Befund: Herabgekommener, elend aussehender, blasser Knabe. Körpergewicht 29 kg. Temperatur zeitweilig erhöht (abends bis 38,4). Reine Mundatmung. Der Nasenrachenraum ist von einer fast unbeweglichen derben graurötlichen, bei der Untersuchung leicht blutenden Geschwulst erfüllt, die den weichen Gaumen stark nach dem Munde vorwölbt und hinter dem Zäpfchen sichtbar wird. Vergrößerte Halsdrüsen sind nicht nachweisbar.

13. Januar 1908. Temporäre Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher und Exstirpation des Tumors in Äthernarkose, eingeleitet mit der Juillard'schen Maske und fortgesetzt mit dem Salzer'schen Pfeifenrohransatz bei Schräglagerung des Pat. mit erhöhtem Kopfe, so daß der Pharynx den tiefsten Punkt einnimmt.

Die Operation wurde genau nach den Angaben Kocher's durchgeführt, nur von der vollständigen Spaltung des weichen Gaumens wurde abgesehen, so daß die Kontinuität des Zäpfchens erhalten blieb.

Wider Erwarten war die Voroperation durchaus wenig blutig. Die Blutung ließ sich durch einfache Jodoformgazetamponade in den einzelnen Phasen der Operation leicht stillen und stand, als die beiden Oberkieferhälften mit Langenbeck'schen Knochenhaken kräftig auseinander gezogen wurden, fast völlig.

Der Tumor, welcher breit der Schädelbasis aufsaß und sich mit einem Zapfen weit nach der Fossa infratemporalis zu erstreckte, war nach Abtragen der Muscheln und Abschieben des Vomer nun gut zu übersehen, wurde mit einer Muzeux'schen Zange hervorgezogen und gründlich abgetragen. Die Blutung war hierbei ziemlich stark, stand aber nach Tamponade mit adrenalingetränkter Gaze bis auf einen größeren spritzenden Ast der Art. maxillaris interna, der bei der Abtragung des linken Zapfens der Geschwulst verletzt wurde. Dieser konnte ge-

faßt und ligiert werden. Sodann konnte ohne Behinderung durch Blutung das Geschwulstbett nach Resten der Geschwulst besichtigt werden.

Auch bei diesem blutigen Akte der Operation konnte dank der gewählten Kocher'schen Schräglagerung des Pat. jede Aspiration von Blut leicht durch abdämmende Jodoformgazestreifen und häufiges Austupfen des Rachenraumes vermieden werden.

Die Wundflächen des Geschwulstbettes wurden mit zwei Jodoformgazestreifen, die durch die Nasenlöcher herausgeleitet wurden, tamponiert; sodann wurden die in ihre natürliche Lage zurückgebrachten beiden Oberkieferhälften durch eine Silberdrahtnaht aneinander fixiert und die Naht des Gaumens und der Oberlippe ausgeführt.

Der Wundverlauf war ein ungestörter. Nur an der Grenze des harten und weichen Gaumens schnitt eine Naht durch, und es entstand ein kleiner Defekt, der durch eine spätere Naht geschlossen werden soll.

Am 4. Tage wurde der rechte und am 6. Tage der linke Jodoformgazestreifen entfernt.

Schon sehr bald konnte der Knabe halbfeste Nahrung kauen, und am 17. Tage war die Konsolidation des Oberkiefers schon so weit vorgeschritten, daß die Silberdrahtnaht entfernt werden konnte.

Der Knabe erholte sich zusehends und hat bei der Entlassung am 15. Februar 1908 3 kg zugenommen.

Kurz vor der Entlassung wird das Fehlen des rechten äußeren Schneidezahnes bemerkt. Der beschränkte Pat. hat sich ihn selbst mit den Fingern extrahiert, da er locker gewesen sei. Die Untersuchung der übrigen Zähne und insbesonders der beiden bei der Operation am meisten gefährdeten inneren Schneidezähne zeigt keine Lockerung derselben.

Die histologische Untersuchung des Tumors ergibt den Befund eines gefäßreichen Spindelzellensarkoms.

Von dieser Operationsmethode und der raschen Erholung des Pat. von dem großen Eingriffe waren wir überaus befriedigt. Auch bei den übrigen bisher veröffentlichten Fällen war der Ausgang der Operation immer ein guter, und es wurden niemals schlechte Erfahrungen mit der Methode veröffentlicht, so daß es eigentlich wunderlich ist, daß sie nicht öfter angewendet wurde.

Der Grund, daß diese Methode, trotz der bisher gemeldeten guten Ergebnisse, so selten zur Operation von malignen Tumoren des Nasen-Rachenraumes gewählt wurde, dürfte neben der seltenen Gelegenheit zu solchen Operationen überhaupt vielleicht auch darin zu suchen sein, daß die Kocher'sche temporäre Aufklappung beider Oberkiefer in den gebräuchlichsten chirurgischen Handbüchern und Operationslehren als eine überaus blutige bezeichnet wird. Heißt es doch auch im Handbuche der praktischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns und v. Mikulicz: »Diese trotz Anwendung aller eingangs besprochenen prophylaktischen Maßnahmen« (Carotisunterbindung usw.) »sehr blutige Operation hat bisher keine allgemeine Aufnahme finden können«. Auch die sehr gute Beschreibung der Operation von v. Esmarch und Kowalzig beginnt mit den Worten: »Die sehr blutige Operation wird am hängenden Kopfe ausgeführt, nach vorhergegangener Ligatur der Carot. ext. und Morphium-Chloroformnarkose von einer Tracheotomiewunde aus«.

Nun haben wir aber in unserem Falle die Erfahrung machen

können, daß die Kocher'sche Voroperation als solche weniger blutig ist als jede einseitige totale Oberkieferresektion, und daß es bei entsprechender Lagerung des Pat. vollkommen und unschwer auch ohne präventive Carotisligatur und Tracheotomie gelingt, den Gefahren der Blutung durch Tamponade in wirksamer Weise entgegenzutreten und dabei dem Pat. doch die Wohltat einer vollkommenen Narkose zuteil werden zu lassen. Auch in den übrigen Fällen (Lavisé, Hertle, Payr, Hofmann), wo auf die Ligatur der Carotiden verzichtet wurde, war die Blutung, wenn sie von einigen Operateuren auch als eine sehr starke bezeichnet wurde, doch immer durch Tamponade zu stillen und hat keine üblen Folgen gehabt. Payr hebt sogar hervor, daß in seinem Falle »die Blutung eine durchaus mäßige und leicht zu beherrschende war«.

Die Befürchtung einer zu starken Blutung mit ihren Gefahren veranlaßte mehrere Operateure vor der Ausführung dieser Operation zu prophylaktischen Maßnahmen.

So suchten Kocher, Depage und Enderlen die Blutung durch (temporäre) Unterbindung beider äußeren Carotiden zu beschränken. Enderlen leistete die Ligatur auch vortreffliche Dienste, während es in dem Falle Depage's bei der Abschälung des Tumors von der Basis cranii und den oberen Halswirbeln trotz Unterbindung zu heftigerer Blutung kam. Die starke Blutung bei Kocher ist wohl der Rose'schen Lage, dem »hängenden Kopfe« zuzuschreiben, weshalb Kocher auch von dieser entschieden abrät. Enderlen operierte in der Kocher'schen Schräglage mit erhöhtem Kopfe und war damit sehr zufrieden. Streissler hatte es trotz der Ligatur der linken Carotis ext. bei hauptsächlich linksseitigem Sitze des Tumors schon bei der Voroperation mit einer überaus heftigen Blutung zu tun, deren Stillung die Operation sehr in die Länge zog. In dem Falle Garrè's wurde nur eine Fadenschlinge um das Gefäß geführt, um bei stärkerer Blutung angezogen zu werden; die Blutung wird als nicht besonders stark bezeichnet. Depage, Hertle, Hofmann und v. Bergmann tracheotomierten ihre Pat. und führten Tamponkanülen ein.

In unserem Krankenhause wurde von der präliminaren Unterbindung der Carotis ext. zu wiederholten Malen mit bestem Erfolge Gebrauch gemacht. Nur in einem Falle, einer Exstirpation des Ganglion Gasseri nach Krause, allerdings bei einem 73 Jahre alten Manne, hatte sie die von Hertle geschilderten üblen Folgen. Auch die Fowler'sche Umschlingung der Carotis communis mit mehrfachem Jodoformdochte und leichtem Anziehen desselben leistete uns in einem Falle von rechtsseitiger Oberkieferresektion wegen Karzinom vorzügliche Dienste, ohne bei der schon betagten, 66 Jahre alten Pat. irgendwelchen Schaden anzurichten. Trotzdem wollte mein Chef unseren Pat. nicht von vornherein ohne zwingenden Grund der doch immerhin nicht gleichgiltigen temporären Unterbindung beider Carotides ext. oder gar den Gefahren, die jede Tracheotomie mit sich bringt, aussetzen und operierte ohne diese prophylaktischen Maßnahmen in der Kocher-

schen Schräglage, der wir gerade bei dieser Operation besondere Wichtigkeit beimessen, und die wir deshalb auch angelegentlichst empfehlen, weil sie sowohl in bezug auf Aspirationsgefahr als auch Blutung überhaupt überaus günstige Verhältnisse schafft und für den Operateur sehr bequem ist.

Der Verlauf der Operation rechtfertigte dieses Verhalten in jeder Beziehung.

Eine prophylaktische Maßnahme zur Verhinderung der Aspiration bei dieser und ähnlichen Operationen verdient gewiß alle Beachtung; es ist dies die perorale Intubation nach Kuhn; sie kann nötigenfalls auch während der Operation rasch ausgeführt werden.

In unserem Falle — Hertle und Streissler passierte das gleiche — heilte der getrennte weiche Gaumen nicht vollständig zu; es entstand an der Grenze des harten und weichen Gaumens ein kleiner Defekt, der eine kleine Nachoperation erfordert und gewiß nicht schwer in die Wagschale fällt. Depage hat in dem einen seiner Fälle den weichen Gaumen überhaupt erst nach 6 Wochen genäht, damit das Wundbett bei der Nachbehandlung besser zugänglich sei. Wir glauben aber, daß wegen narbiger Verkürzung des Gaumensegels doch immer die primäre Vereinigung anzustreben sei.

Über die mit dieser Operation erzielten Dauererfolge läßt sich, da sie bisher noch so selten ausgeführt wurde, und überdies die Endresultate nur weniger Fälle bekannt sind, vorläufig wenig sagen. — Der Pat. Streissler's (Sarkom) starb nach mehreren Monaten an einem ausgebreiteten Rezidiv an der Schädelbasis. Der Pat. Hertle's (Fibrom) wurde nach 3 Jahren von Hofmann wegen Rezidiv nach der gleichen Methode wieder operiert, und sie ergab auch diesmal ein gleich gutes funktionelles und kosmetisches Resultat. — So viel läßt sich aber gewiß sagen, daß sie die beste Vorbedingung zur Dauerheilung die beste Möglichkeit einer radikalen Exstirpation der bösartigen Geschwülste des Nasen-Rachenraumes und der Schädelbasis ohne die geringste Entstellung bietet und, was die Zugänglichkeit des Operationsfeldes anbelangt, nur noch von einer Voroperation, der temporären Aufklappung beider Oberkiefer mit gleichzeitiger Aufklappung der ganzen Nase gegen die Stirn, übertroffen wird. Dieser »geradezu riesenhafte« Eingriff wurde bisher erst einmal von v. Bergmann mit dem besten Erfolge für den Kranken (8jährige Rezidivfreiheit) ausgeführt, nachdem nach der früher mittels einfacher temporärer Oberkieferresektion vorgenommenen Exstirpation ein Rezidiv an der Schädelbasis aufgetreten war (Pinkus).

Aus der Arbeit von Pinkus, welche die Erfahrungen über 18 in der Klinik v. Bergmann's nach verschiedenen Operationsmethoden behandelte Fälle von Nasen-Rachentumoren berichtet, geht hervor, daß gerade die Fälle, welche nach sehr eingreifenden, das Operationsfeld ausgiebigst freilegenden Methoden operiert wurden, rezidivfrei geblieben sind, obwohl gerade diese die am meisten vorgeschrittenen Fälle waren.

Dieser Umstand spricht gewiß auch zugunsten der Kocher'schen Methode, und es wäre nur zu wünschen, daß sie im Interesse der Dauerheilung dieser Pat. öfter als bisher und so frühzeitig als nur möglich Anwendung fände und nicht nur erst dann in ihre Rechte träte, wenn es gilt, nach anderen Operationsmethoden entstandene Rezidive zu beseitigen.

Literatur.

Kocher, Chirurgische Operationslehre. 5. Auflage. 1907. p. 578.
Otto Lanz, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXXV. p. 423. 1893.
Falkenberg, Wratsch 1895. Nr. 33. (Referat.)
Depage, Extrait du bull. publié par la soc. roy. des scienc. méd. et nat. de Bruxelles, séance du 1. janvier 1897.
Depage, Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1898. Nr. 5.
Lavisé, IV. Congrès de la société belge de chirurgie 1898.
Payr, Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 2.
Hertle, Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXIII. Hft. 1.
Enderlen, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV. p. 517.
Stenger, Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 13.
Pinkus, Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXXII. p. 110.
Hofmann, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1907. p. 191.
v. Bergmann, v. Bruns und v. Mikulicz, Handbuch der praktischen Chirurgie. 2. Auflage. Bd. I. p. 776.
v. Esmarch und Kowalzig, Chirurgische Technik. 3. Auflage. Bd. III und IV. p. 36.
F. Kuhn, Die Operation der Nasen-Rachentumoren mittels peroraler Intubation. Fischer's med. Buchhandlung (F. H. Kornfeld) 1906.

II.

Aus der chirurgischen Klinik der militärmedizinischen Akademie zu St. Petersburg. Vorstand: Geh.-Rat Prof. M. Subbotin.

Behandlung knöcherner Ellbogengelenksankylosen mittels Überpflanzung von ganzen Gelenken[1].

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. P. Buchmann,
I. Assistent der Klinik.

Die Behandlung der knöchernen Ankylose im Ellbogengelenke stellt bis heutzutage für Patient und Arzt eine schwer zu lösende Aufgabe dar.

Typische Resektion, orthopädische Resektion (Osteotomia trochleiformis nach Defontaine, Arthrolysis nach Wolff), Einpflanzung verschiedenartiger Fremdkörper und Gewebsteile (Muskel- und Sehnenlappen nach Verneuil-Helferich, Fettlappen — Schanz, Haut-

[1] Vortrag, gehalten in einer Sitzung der russischen Pirogow'schen chirurgischen Gesellschaft zu St. Petersburg am 12./25. März 1908.

lappen — **Gluck**, Periostlappen — **Hofmann**, Knorpelplatten — **Węglowsky**, Elfenbein — **Gluck**, Magnesiumblech — **Pupovac**) —, alle diese Methoden wurden vorgeschlagen und erprobt, und keine von ihnen ist zum Allgemeingut erwachsen. Die schlimmen Ausgänge — Rückfälle der Versteifung, sogar Ausbildung von passiven Schlottergelenken — waren nämlich bei keiner der Methoden allzu selten, und die spärlichen hier und da erzielten Erfolge in solchem Mißverhältnis zur Mühe und enorm schmerzhaften Nachbehandlung, daß viele Chirurgen eine feste Ankylosierung in bequemster Stellung den Mobilisierungsversuchen vorziehen.

Dennoch werden seit den bekannten **Gluck**'schen Arbeiten von Zeit zu Zeit neue Vorschläge laut, deren einzelne Erfolge freilich mehr auf günstigen Verhältnissen der betreffenden Fälle, als auf wirklichen Vorzügen der neuen Methoden beruhen.

Einen prinzipiell neuen Weg glaube ich bei den zwei von mir operierten knöchernen Ellbogengelenksankylosen betreten zu haben, indem ich ganze geschlossene Gelenke in die Resektionswunde der Knochen einpflanzte.

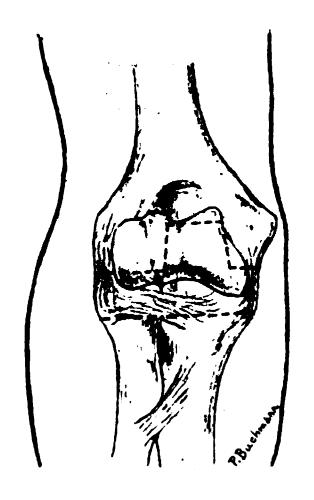




Fig. 1. Punktierte Linie zeigt Schnittführung der Knochen en face.

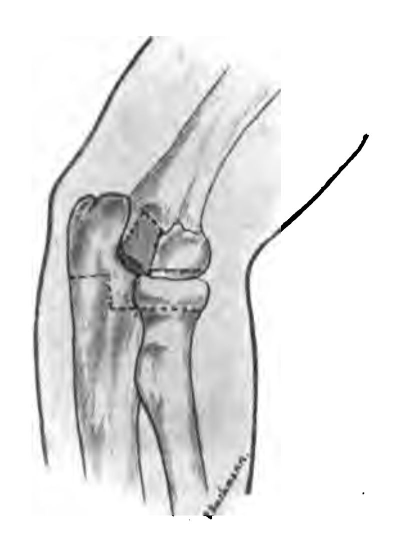


Fig. 2. Punktierte Linie zeigt Schnittführung der Knochen en $^3/_4$.

Die dauerhaften Erfolge, welche von verschiedener Seite mittels Überpflanzung langer Röhrenknochen erzielt sind, legten schon den Gedanken nahe, auch ganze Gelenke zu transplantieren. Als Überpflanzungsobjekt wählte ich das I. Metatarsophalangealgelenk, welches bei genügender Größe und Festigkeit ziemlich breite Streck- und Beugebewegungen gestattet, während es lateral fast unverschieblich ist.

Dieses Gelenk wurde bei zwei Pat. transplantiert, wie aus nachstehenden Krankengeschichten zu ersehen ist.

Fall I. G. K., jüdisches Mädchen, 14 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. Im 8. Lebensjahre hat sie ein schweres Trauma erlitten, wonach das rechte Ellbogengelenk erkrankte und nach fast 2 Jahren vollständig steif wurde.

Status praesens: Gut entwickeltes, im übrigen ganz gesundes Mädchen; rechter Ellbogen in einem Winkel von 150° fixiert, weder aktiv noch passiv im geringsten beweglich, auch Pro- und Supination unmöglich; Muskulatur des rechten Oberarmes atrophisch, Handgelenk und Finger normal beweglich, Haut und Weichteile über dem erkrankten Gelenk normal. Im Röntgenbild ist eine vollständige knöcherne Ankylose zu sehen.

Operation am 15. Oktober 1907 in Chloroformnarkose und künstlicher Blutleere. Längsschnitt nach Park-Langenbeck bis zur Tricepssehne und dem Olecranon etwas unterhalb des Gelenkspaltes. An der Außenseite des Olecranon werden alle Weichteile in der Längsrichtung durchtrennt und mit einem Raspatorium nach innen verschoben (Tricepssehne, Kapselreste, Periost). In der Höhe



Fig. 3. Röntgenphotographie des rechten Ellbogengelenkes 8 Wochen nach der Operation. Eine knöcherne Verwachsung an beiden Knochenstücken ist eingetreten. Die Gelenkfacette der I. Phalange ist leicht zu sehen.

des Gelenkspaltes wird das Olecranon mit einem Meißel durchtrennt und ganz entfernt, dann die lateralen Kapselreste durchschnitten und die knöcherne Verbindung zwischen Humerus, Ulna und Radius durchtrennt. Jetzt konnte das Gelenk spitzwinklig gebeugt werden, und in dieser Lage wurden in den Armknochen die Nischen ausgemeißelt, welche zur Aufnahme des einzupflanzenden Gelenkes bestimmt waren. Zuerst wurde eine Nische in der Trochlea angefertigt, und zwar so, daß ihre Breite nach vorn zunahm, nach oben abnahm; dann wurde von der unteren Humerusepiphyse ein 3—4 mm dickes Stück abgetragen und auf diese Weise ein breiter Zugang zur vorderen Gelenkfläche geschaffen. Von hier aus wurde mit Meißel und Raspatorium der Ansatz der M. brachialis internus an den Processus coronoideus abgetrennt und in der Ulnaepiphyse eine viereckige Nische ausgemeißelt, wohin das Stück Halluxphalange passen sollte. Zuletzt wurde

das Radiusköpfchen abgetragen und die Ulna vom Radius auch gänzlich abgetrennt.

In die so vorbereitete Nische wurde das inzwischen in toto extrakapsulär resezierte, uneröffnete I. Metatarsophalangealgelenk hineingebracht, welches dem linken Fuße der Kranken entnommen war. In der Resektionswunde des Ellbogens wurde dieses Gelenk in der Weise gelagert, daß die Plantarfläche nach hinten, die Dorsalfläche nach vorn kam, das Metatarsalstück in die Humerusnische, das Phalangealstück in die Ulnanische eingeschoben wurde. Darauf keine Knochennaht, Schließung der Wunde der Weichteile und Gipsverband bei gestrecktem Ellbogen. (Die Wunde am Fuße wurde einfach zusammengenäht und verbunden.)

Verlauf glatt; beim ersten Verbandwechsel ca. 30 ccm blutig-seröser Flüssigkeit entleert. Am 21. Tage wird in Chloroformnarkose der Gipsverband abgenommen und durch einen neuen, diesmal in spitzwinkliger Stellung angelegten Verband ersetzt. Am 33. Tage Gipsverband endgültig entfernt und wegen einer bestehenden Fistel Bier'sche Stauung eingeleitet; bei dieser Behandlung schloß sich die Fistel innerhalb 5 Wochen. Jetzt, Ende Dezember, wurde mit passiven Bewegungen und Massage begonnen. Aktive Bewegungen seit Abnahme des Gipsverbandes schmerzlos innerhalb 30° möglich. Mitte Januar 1908 hat die Kranke Bewegungsübungen auf orthopädischen Maschinen begonnen.

Durch mehrere Röntgenaufnahmen werden folgende Verhältnisse sichergestellt: 1) ist das eingepflanzte Gelenk in seiner Nische fest eingeheilt; 2) ist dieses Gelenk funktionsfähig geblieben, und bei Beugung resp. Streckung des Ellbogens erfolgen die Bewegungen eben in diesem Gelenk; 3) der Erfolg wird etwas beeinträchtigt durch die Knochenneubildung an der Humerusepiphyse; es soll hier also künftighin mehr Knochensubstanz reseziert werden.



Fig. 4. Röntenphotographie des linken Ellbogengelenkes $10^1/_2$ Wochen nach der Operation. Die Gelenkspalte ist gänzlich zu sehen.

Fall II. Die zweite Kranke, ein litauisches Mädchen, 19 Jahre alt, wurde am 5. September 1907 in die Klinik aufgenommen. Gut entwickelt und stets gesund gewesen; im Oktober 1906 geriet sie bei der Arbeit in ein Maschinenrad,

wobei eine komplizierte Fraktur im Bereiche des linken Ellbogengelenkes und eine breite Hautabreißung daselbst entstanden ist. Nach längerer Krankheitsdauer, wobei Sequester abgestoßen wurden, bildete sich eine knöcherne Ankylose im Winkel von über 150° aus. Pro- und Supination unmöglich. Die ganze Vorderfläche des unteren Drittels des Oberarmes und des oberen Drittels des Vorderarmes teils narbig, teils noch granulierend.

Anfang Dezember 1907 war die Wunde vernarbt, und am 13. Dezember wurde die Gelenküberpflanzung wie im ersten Fall ausgeführt. Es wurde aber mehr Periost vom Humerusende abgetragen. Verlauf nur insofern gestört, als ein Hämatom entstanden war.

Erster Gipsverband in gestreckter Stellung nur 11 Tage getragen, alsdann in Chloroformnarkose neuer Gipsverband im Winkel von 70° für 6 Wochen. Nach Abnahme des Verbandes aktive, völlig schmerzlose Bewegungen innerhalb 20—30°.

Wegen der bestehenden Fistel Stauungsbinde angelegt, was einen raschen Schluß der Fistel (2 Monate nach der Operation) zur Folge hatte. Leider sind in diesem Falle Massage und Gymnastik wegen der ausgedehnten, leicht einreißenden Narbe der Weichteile nicht anwendbar; dennoch sind schon jetzt, also 3 Monate nach der Operation, aktive Streck- und Beugebewegungen innerhalb 60° (Beugung) und 130° (Streckung) möglich.

Beide Kranke konnten 2 Monate nach der Operation schmerzlos auf den operierten Fuß auftreten und gehen seitdem ganz fest und unbehindert herum.

Meine Schlußsätze sind folgende:

1) Die Transplantation und die Einheilung von ganzen, uneröffneten, dem Kranken selbst entnommenen Gelenken sind möglich und zweckmäßig, ebenso wie die Überpflanzung von langen Röhrenknochen.

2) Die Transplantation des I. Metatarsophalangealgelenkes in die Resektionswunde eines ankylosierten Ellbogengelenkes kann die Beweglichkeit im letzteren Gelenk wieder herstellen.

3) Nach Leichenexperimenten scheint der Park-Langenbeck'sche und Kocher'sche Schnitt für diese Operation der geeignetste zu sein.

4) Das Gelenk zwischen Eminentia capitata humeri und dem Radiusköpfchen soll dabei breit reseziert werden.

5) Eine Knochennaht ist für diese Operation überflüssig.

6) Der erste Verband in gestreckter Stellung soll durch den zweiten in Beugestellung nicht vor 15 Tagen ersetzt werden.

7) Aktive sowie passive Bewegungen im überpflanzten Gelenk gehen schmerzlos vor sich, soweit es die kontrakturierte Muskulatur gestattet.

8) Die beschriebene ganz neue Methode kann mit Recht den besten existierenden Behandlungsmethoden der knöchernen Ellbogengelenksankylosen (vielleicht auch Schlottergelenk) an die Seite gestellt werden.

9) Die Resektion des I. Metatarsophalangealgelenkes übt keinerlei schädliche Folgen auf die Funktion des Fußes aus.

1) L. la Roy. Étude anatomo-pathologique et clinique de la tuberculose à masque pseudo-leucémique.

(Arch. intern. de chir. 1907. Fasc. 6.)

Für die Erkennung der unter dem Bilde einer Pseudoleukämie verborgenen tuberkulösen Erkrankungen läßt sich differentialdiagnostisch verwerten: das nur der Tuberkulose eigentümliche Fieber, die frühzeitige Härte der Lymphome, welche jeder therapeutischen Beeinflussung, auch der Wirkung der Röntgenstrahlen trotzen, die Leukocytose bei Tuberkulose, die Lymphocytose bei Pseudoleukämie, das Fehlen der hämorrhagischen Diathese und der Augenhintergrundsveränderungen. In unklaren Fällen Probeexzision und histologische Untersuchung.

Während bei der Pseudoleukämie jeder chirurgische Eingriff kontraindiziert ist, muß die Abtragung tuberkulöser Geschwülste, solange der Prozeß lokalisiert ist, in allen Fällen angeraten werden.

Revenstorf (Hamburg).

---

2) Risacher. Du thymol camphré comme agent de fonte des fongosités tuberculeuses.

Thèse de Paris, G. Steinheil, 1907.

Die Arbeit des Verf.s gibt eine Beschreibung der in der Abteilung von Ménard in Berck-sur-Mer angewendeten Injektionsmethode tuberkulöser Abszesse. Hierzu wird der Thymolkampfer benutzt, den man darstellt, indem man 1 Teil Thymol mit 2 Teilen Kampfer mischt und leicht erwärmt; es bildet sich eine dickliche, in Wasser unlösliche, in fetten Ölen, Alkohol, Äther und Chloroform leicht lösliche Flüssigkeit, von 0,967 spez. Gewicht. Man spritzt hiervon 2—4 ccm in größere, 1 ccm in kleinere Abszesse ein, indem man darauf achtet, keine Vene anzustechen und die Flüssigkeit nur unter leichtem Drucke ausfließen zu lassen. Das Mittel bewirkt eine Verflüssigung der tuberkulösen Fungositäten, ist stark antiseptisch und viel weniger giftig, als das zu demselben Zwecke empfohlene Naphtolum camphoratum.

E. Toff (Braila).

---

3) C. Kraemer. Zur Tuberkulinnachbehandlung der chirurgischen Tuberkulose.

(Med. Klinik 1908. p. 128.)

Nach abgeschlossener chirurgischer Behandlung eines Tuberkulosefalles (Knochen-, Gelenk- Halsdrüsentuberkulose) ist mit Hilfe von Tuberkulineinspritzungen zu prüfen, ob noch mehr tuberkulöse Herde im Körper vorhanden sind. Die örtliche Tuberkulinreaktion wird ihren Sitz anzeigen. Besonders sind diese Nachforschungen bei Jugendlichen nötig. K. geht dabei von der Annahme aus, daß die späteren tuberkulösen Leiden solcher Kranken nicht auf Neuinfektionen beruhen, sondern mit der früheren chirurgischen Tuberkulose in Zusammenhang stehen, daher rechtzeitig aufgefunden und durch

*

Tuberkulin geheilt werden könnten. Zwei »Leitfälle« sind mitgeteilt. Die Möglichkeit, einen örtlich behandelten Tuberkulösen vor dem weiteren Ausbruch und vor der Übertragung des Leidens auf Gesunde zu behüten, ist jedenfalls gegeben. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

4) **F. Orthner.** Das Wesen der Avidität der Zellen zu den Nährstoffen und die Entstehung der Geschwülste aus verlagerten Keimen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

5) **F. Orthner.** Wachstum und Wachstumsstillstand gutartiger und bösartiger Geschwülste. (Aus der v. Eiselsberg'schen Klinik.

(Ibid. Nr. 45.)

6) **P. Ehrlich.** Bemerkungen zu obigen Aufsätzen.

(Ibid. Nr. 49.)

Für die Proliferation der Zellen bestehen nach O. drei Grundbedingungen: genügende Blutversorgung, Avidität der Zellen zu den Nährstoffen, Fähigkeit der Zellen, die Substanzen im Sinne der Proliferation zu verwerten. Indem er annimmt, daß die Avidität der Zellen zu den Nährstoffen auf dem Vorhandensein chemischer Spannkräfte beruht, kommt Verf. weiter zu dem Schluß, daß mit dem Altern des Individuums die Avidität abnimmt, bis schließlich ein Weiterleben unmöglich ist.

Normalerweise halten sich die verschiedenen Zellen des Körpers in bezug auf Avidität das Gleichgewicht; zu größeren Störungen müsse es aber kommen, wenn in einer Gruppe der Spannkräfteumsatz längere Zeit gehemmt sei. Solche Umstände seien z. B. durch Verlagerung von Zellen gegeben; hier könne es zu relativer Steigerung der Avidität und vermehrter Ausnutzung der aufgenommenen Nährstoffe zum Zwecke der Proliferation kommen.

Zwischen gut- und bösartigen Neubildungen besteht nur ein quantitativer Unterschied.

E. weist zunächst darauf hin, daß er sowohl wie Albrecht schon vor 2 und 3 Jahren die Bildung der Geschwülste auf eine Differenz der Avidität ihrer und der übrigen Zellen zurückgeführt haben. Dann tritt er der O.'schen Vermutung entgegen, daß sich auch der Übergang transplantierter Karzinome in Sarkome durch seine Hypothese erklären lasse. **Renner** (Breslau).

---

7) **J. Hofbauer.** Experimentelle Beiträge zur Karzinomfrage. (Aus der Königsberger Frauenklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 41.)

Durch Untersuchungen am schwangeren Uterus kam Verf. zu der Ansicht, daß die Langhans'schen Elemente ihren destruktiven Cha-

rakter durch hochaktive, eiweißspaltende Fermente erhalten, die sie nicht nur zur Aufnahme von Nährmaterial, sondern auch zur Auflösung (Verdauung) und Ersetzung materner Gewebe befähigen. Es tauchte nun der Gedanke auf, ob es sich bei den karzinomatösen Neubildungen um ähnliche Vorgänge handelt. Wenn auch da Fermente tätig sind, mußten die entstandenen Zwischen(Spalt-)produkte nachzuweisen sein. Diese will H. auch bei mehreren Mammakarzinomen gefunden haben und schließt auf abnorme Fermentvorgänge. Auch durch andere Autoren ist der Ablauf intensiver enzymatischer Prozesse im Karzinomgewebe sichergestellt. Es müßte also dann möglich sein, durch Fermente bzw. Antifermente Wucherungsvorgänge zu erzeugen, bzw. zu hemmen. Ersteres ist H. durch Trypsininjektionen am Kaninchenohre gelungen; mit Hemmungsversuchen, die er schon vor 3 Jahren angeregte, ist er zurzeit beschäftigt.

Durch die Bier'schen Versuche sah sich H. veranlaßt, seine bisherigen Resultate und Anschauungen schon jetzt zu veröffentlichen.

Renner (Breslau).

---

8) B. W. Babcock and G. E. Pfahler. A conservative treatment of sarkoma.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 2.)

Verff. bringen eine recht beachtenswerte Mitteilung über die Erfolge der konservativen Behandlung bösartiger Sarkome, das sind die periostogenen Sarkome der langen Röhrenknochen, die Melano- und Rundzellensarkome, die im allgemeinen rasch zum Tode führen und auch der eingreifendsten chirurgischen Therapie trotzen, zumal das Operationstrauma selbst zu neuen Rezidiven in den Narben prädisponiert. Die Kachexie und der frühzeitige Tod der Pat. ist weniger durch die Geschwulstentwicklung an sich bedingt, als durch den Untergang und die Nekrose der Geschwulstzellen, die außerdem durch Röntgenstrahlen, Pyoktanin, Methylenblau und gewisse Toxine in therapeutisch günstigem Sinne beeinflußbar sind. Demzufolge stellen die Autoren für die Therapie der oben erwähnten Sarkome neue Indikationen auf. Bei der Aussichtslosigkeit hoher Amputationen und Exartikulationen nach den Statistiken Butlin's, Coley's und Morel's, bei der hohen Sterblichkeitsziffer dieser Operationen und der Gefahr der Narbenrezidive halten Verff. die Amputation nur dann für gerechtfertigt, wenn das zu amputierende Glied durch die Neubildung völlig funktionsfähig geworden ist. In allen anderen Fällen soll sich der Chirurg mit der subkapsulären Enukleation begnügen, die die lokalen Druckerscheinungen, die Verunstaltungen und die Kachexie infolge der Geschwulstnekrose behebt. Nach der Enukleation soll die Kapsel mit aseptischer Gaze austamponiert werden, nachdem sie vorher mit einer 5%igen Pyoktaninlösung bepinselt worden ist. Bei starken Blutungen infolge von Nekrosen des Sarkoms sollen terpentingetränkte Kompressen von Vorteil sein, bei jauchigem Zerfall wird reine Karbolsäure und nachfolgende Alkoholbepinselung, bzw.

33%ige Zinkchloridlösung empfohlen; bei oberflächlichem Zerfall genügt Pikrinsäure. Statt des Pyoktanin kann auch Methylenblau verwendet werden, das ebenso wie Pyoktanin nicht allein antiseptisch und desodorisierend wirkt, sondern auch infolge seiner fluoreszierenden Fähigkeiten die Röntgenbestrahlung unterstützt, die nach der Einwirkung der chemischen Agentien einsetzen soll. Es werden harte Röhren in einer Entfernung von 30 cm für 20—50 Minuten verwendet. Die Behandlung soll täglich ausgeübt und monatelang fortgesetzt werden, wenn der Pat. die unter allen Vorsichtsmaßregeln ausgeführte Bestrahlung verträgt. Neben der lokalen Behandlung soll eine allgemein roborierende einhergehen, event. kann auch Methylenblau, Chinin oder Fluorescin innerlich gegeben werden. In recht verzweifelten Fällen könnte man noch einen Versuch mit Coley's Toxingemischen machen, das jedoch nach Coley selbst nur in 10% der Fälle Erfolge zeitigt, und dessen Verwendung recht viele Übelstände mit sich bringt. Trypsin und Doyen's Serum waren ohne Erfolg.

Sechs ausführlich geschilderte, zum Teil illustrierte Fälle, in denen es sich teilweise um Rezidive handelte, sollen die Erfolge der oben dargelegten konservativen Therapie zeigen. **Strauss** (Nürnberg).

---

9) **E. v. Graff.** Experimentelle Beiträge zur Erklärung der Wirkungsweise der Bier'schen Stauung. (Aus dem Innsbrucker hygienischen Institut und der Innsbrucker chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 6.)

Nach den Ergebnissen der in dieser vorläufigen Mitteilung kurz erwähnten Versuchsreihen beruht die Heilkraft des Stauungsödems weder auf einer rein humoralen bakteriziden noch auf einer antitoxischen Wirkung, sondern auf seiner Fähigkeit, die leukocytäre Phagocytose in hohem Grade zu fördern. Ob dies auf dem Gehalte des Ödems an Stimulinen, Opsoninen oder Bakteriotropinen beruht, will Verf. nicht entscheiden. **Kramer** (Glogau).

---

10) **G. Fichera.** Ancora sul meccanismo d'azione dell' iperemia da stasi nelle infezioni.

(Policlinico 1908. Nr. 1 u. 2. Sez. chir.)

Auf Grund weiterer ausführlich mitgeteilter Experimente an Meerschweinchen (s. Referat im Zentralblatt für Chirurgie 1907 p. 333) kommt Verf., teilweise in Übereinstimmung mit den Beobachtungen von Heyde, Maragliano, Axamit, Riedl, Rosenberger und Tarantine, zu nachstehenden Schlüssen:

Die Injektion tödlich wirkender Mengen virulenter Bakterien wird unwirksam, wenn in Gegenden injiziert wird, die vorher der Stauung unterworfen waren; das durch die Stauungshyperämie bedingte Transsudat hat keinerlei stärkere bakterizide Wirkung; die Stauungshyper-

ämie bildet ein mechanisches Hindernis für den Übergang pathogener Bakterien in den Kreislauf und hindert so das Eintreten von Septhämie. In infizierten Gegenden findet unter dem Einfluß der Stauungshyperämie reichliche Leukocytenauswanderung und Phagocytose sowie rasche Bindegewebsneubildung statt. Das Zeitintervall, in dem nach akuter Infektion die Bier'sche Methode noch wirksam ist, ist relativ beschränkt. Bakterientoxine (Tetanus) werden durch die Stauungshyperämie nicht beeinflußt.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis, das die Arbeiten von 1906 und 1907 umfaßt, ist der Arbeit beigegeben. **Strauss** (Nürnberg).

---

11) **F. Riedl.** Erfolgreiche Anwendung gefäßerweiternder Einspritzungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

Auf einer zufälligen Beobachtung fußend, hat R. Warzen durch Injektion gefäßerweiternder Lösungen, speziell von Nebennierenpräparaten, dauernd beseitigen können. Die Injektionen müssen in die Haut, nicht in das Unterhautzellgewebe, stattfinden. An die kurzdauernde Anämie schließt sich eine längere Hyperämie, nach deren Ablauf immer wieder eine neue Injektion gemacht werden muß, bis die allmählich kleiner werdende Warze ganz verschwunden ist. Experimentell hat R. dann bei künstlich erzeugten Entzündungen den günstigen Einfluß vorhergehender Injektionen nachgewiesen. Dagegen waren solche wirkungslos bei Wucherungen der Haut, wie Fibromen, Naevis. R. schließt aus diesen beiden Tatsachen, daß auch die Warzen chronisch entzündlichen Ursprunges sein müssen und wird darin bestärkt durch die für ihn feststehende Übertragbarkeit, für die er Beispiele (Mensch—Kuh—Mensch) beibringt. Auch bei vier Fällen von Ulcus rodens hatte er anscheinend gute Erfolge, will aber ein definitives Urteil noch nicht abgeben. Bei Furunkeln will er mit den Injektionen eine Abortivkur im Frühstadium versuchen, und auch Kondylome solchen Versuchen unterziehen. **Renner** (Breslau).

---

12) **J. D. Bryant.** Some unclassified dangers in anesthesia.

(New York med. record 1907. Dezember 28.)

13) **R. Reyburn.** Prevention of death during anesthesia by chloroform and ether.

(Ibid. 1908. Januar 18.)

14) **D. Loree.** Ether anesthesia.

(Ibid. Februar 29.)

Ohne wesentlich neue Gesichtspunkte zu enthalten, beweisen obige drei kurze hintereinander aus der Feder verschiedener Autoren erschienenen Artikel, wie dringlich überall in den Vereinigten Staaten die strikte Forderung ausgesprochen wird, daß jede Narkose von einem

in Theorie und Praxis als Anästhesist völlig ausgebildeten approbierten Arzt ausgeführt wird.

Übereinstimmend wird vor Augen geführt, daß man nicht auf Art und Konstruktion der Maske so viel Gewicht legen brauche als auf die Kenntnisse des Narkotiseurs.

B. erinnert sich in ca. 40jähriger Tätigkeit an vier schwere Asphyxien, von denen drei vielleicht hätten vermieden werden können, wenn das Interesse des Narkotiseurs nicht auch auf die Operation gerichtet gewesen wäre.

Ein Todesfall trat durch Anurie nach 24 Stunden ein (Äther, vergebliche Versuche der Reposition einer Hüftverrenkung.)

Nach Hewitt sei die verbrauchte Quantität des Betäubungsmittels nicht gleichbedeutend mit der absorbierten Menge. Außer dem Verluste durch die Respiration befindet sich am Ende der Narkose noch eine gewisse Menge in den Luftwegen.

Deshalb sei die genaue Berechnung des verbrauchten Quantums bisher nicht ausführbar.

R. stellt als wesentliche Punkte auf:

1) Tropfnarkose,

2) möglichste Abkürzung der Operation,

3) bei drohender Asphyxie den Pat. sofort so lagern, daß Kopf und Oberkörper abwärts geneigt sind.

Plötzliche Todesfälle könnten dadurch entstehen, daß der Druck der Blutsäule in der überfüllten Jugularis und der Vena innominata die Öffnung des Vorhofes verhindert. Bei genannter schneller Umlagerung wird der venöse Blutstrom nach dem Kopf abgeleitet und die Zirkulation befördert werden. R. beschreibt sehr anschaulich wie er einmal, als ihm keine weitere Hilfe zu Gebote stand, eine Pat. dadurch rettete, daß er sie hoch hob und seine Schulter zur Herstellung dieser Hängelage benutzte.

L. hat beobachtet, daß der Verbrauch von ca. 120 ccm Äther per Stunde das Normalmaß sei. Bei einer $5^1/_2$ Stunden langen Dauer wurden einmal 420 g verbraucht. Auf das Auftreten von Azeton sei nicht viel Wert zu legen, weil oft gerade in den kürzesten Narkosen und bei dem geringsten Ätherverbrauch solches nachgewiesen würde.

Verf. zieht im allgemeinen eine geschlossene Maske vor.

Loewenhardt (Breslau).

---

15) **N. Senn.** Mediaeval military surgery.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Eine kurze, recht lesenswerte Übersicht über die Kriegschirurgie des Mittelalters. Es werden vor allem die Schußverletzungen und ihre mannigfache Behandlungsart erörtert. Gersdorf, Pfolspeundt, Braunschweig, Würz, Purmann, Gelman, Hilden und Ambroise Paré werden mehr oder minder ausführlich zitiert. Es ist bekannt, daß besonders deutsche Wundärzte schon vor Paré die Schußwunden nicht als vergiftete Wunden betrachteten und dem-

entsprechend nur mit harmlosen Mitteln (warmer Milch, Terpentinöl) behandelten.

Strauss (Nürnberg).

16) **Villaret.** Die Handgranate. 50 S.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1907.

In den ersten Jahrhunderten der Anwendung von Schußwaffen war deren Tragweite eine so geringe, daß in den Schlachten die feindlichen Reihen einander nahe gegenüber traten, es meist zum Handgemenge kam und es sich durchaus lohnte, Sprenggeschosse anzuwenden, die mit der Hand in die feindlichen Reihen geschleudert werden konnten. Es waren das die mit Pulver geladenen Handgranaten, die durch eine Zündschnur zur Explosion gebracht wurden. Mit der größeren Tragweite der Gewehre mußten sie allmählich verschwinden, im Jahre 1800 waren sie fast ganz abgeschafft; nur bei Belagerungen (1832 Antwerpen, 1854—1856 Sebastopol) kamen sie wohl ausnahmsweise zur Anwendung. Da traten sie plötzlich in der neuesten Zeit im mandschurischen Kriege wieder auf den Plan, nicht sowohl als vorschriftsmäßige Waffe, sondern zunächst improvisiert, aus einfachen Blechdosen bestehend, aber nicht mehr wie früher mit Pulver gefüllt, sondern mit den furchtbaren Sprengmitteln unserer Zeit, wie sie schon vor diesem Kriege die Anarchisten zu ihren Bomben verwendet haben. Und zwar benutzten die Soldaten sie nun nicht allein, wenn auch in besonders reicher Zahl, während der Belagerung und Verteidigung von Port Arthur, bei der zu Zeiten die Handgranaten die vornehmste Rolle spielten, sondern auch in den Feldschlachten des Krieges, bei denen es ja auch oft zum Kampfe Mann gegen Mann kam, da sich der Feind in den Stellungen, die er halten wollte, nach Möglichkeit verschanzte. Die Wirkung dieser Granaten war eine fürchterliche infolge der kolossalen zerstörenden Kraft der verwendeten Explosivstoffe. Die Mehrzahl der durch sie Getroffenen erlag entweder sofort der Verletzung oder doch bevor sie in ärztliche Behandlung kommen konnten. Bei denen aber, die lebend auf den Verbandplatz geschafft wurden, handelte es sich meist um Verbrennungen, vielfache Hautverletzungen und eine Unmenge winziger stecken gebliebener Splitterchen. Das muß natürlich wechseln je nach der Entfernung, in welcher die Explosion stattgefunden hat, nach dem Material, aus dem die Granate besteht und der Menge und Explosionskraft ihrer Füllung.

Richter (Breslau).

17) **S. Derüyinsky.** Bericht über die Tätigkeit des temporären Lazarettes am Golitzynhospital in Moskau während des russisch-japanischen Krieges.

Kurzer Bericht über die operative Tätigkeit im Hospital. Da die Verwundeten naturgemäß erst durchschnittlich nach 2—3 Monaten nach Moskau kamen, so geben die beschriebenen Fälle und die diesbezüglichen Operationen nur ein Bild von den späteren Folgen der

Kriegsverletzungen. In jeder der zwölf verschiedenen Gruppen von Verletzungen sind zunächst die Krankengeschichten ausführlich gegeben und dann eine kurze Zusammfassung über die Erfolge der vorgenommenen Operationen, ihre Indikation und die Grundsätze der Behandlung. Es kommen im wesentlichen in Betracht Aneurysmenoperationen (2), Naht peripherer Nerven, Naht nicht geheilter Frakturen, sowie Fisteln nach Schußeiterungen. Die Chirurgie der großen Körperhöhlen tritt naturgemäß ganz in den Hintergrund; es sind nur einige Empyemfisteln verschlossen worden. Hervorzuheben ist von den Lungenschüssen, daß dieselben zwar im allgemeinen zunächst gut heilten, daß aber die Verletzten hauptsächlich wegen Atembeschwerden in das Hospital kamen und von hier meist ungeheilt in die Bäder gingen. Die Prognose war somit anfangs günstig, später indes wurden die Soldaten invalide wegen zurückgebliebener Beschwerden.

Coste (Breslau).

---

18) **Fritz König.** Die späteren Schicksale difform geheilter Knochenbrüche, besonders bei Kindern.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

Verf., dem wir schon eine Reihe wertvoller Anregungen über die Behandlung von Frakturen verdanken, kennzeichnet an einzelnen Beispielen die Wichtigkeit der systematischen Nachuntersuchung geheilter Knochenbrüche. Man lernt aus dieser Kontrolle vor allem, bei welchen Frakturen man zweckmäßig konservativ oder gleich von Anfang an operativ vorgehen soll. Für besonders interessant hält K. es, in verschieden langen Intervallen difform geheilte Knochenbrüche bei Kindern zu untersuchen. An Röntgenbildern aus seinem reichhaltigen kasuistischen Materiale zeigt er, wie bei Kindern der Callus bedeutende Unebenheiten ausgleicht und wie das Wachstum große Vorsprünge des alten Knochens abschleift. Die Resorption ist manchmal geradezu erstaunlich. Die Röntgenbilder lehren, daß der durch Dislokation aus seiner Richtung gerückte Schaft, der überflüssig geworden ist, im Wachstum zurückbleibt und atrophiert, und zwar hauptsächlich durch eine Verminderung des Wachstums in die Dicke und in die Länge. Zum Ersatz für die atrophierende Partie entwickelt sich anscheinend der die Funktion übernehmende neue Teil um so kräftiger, und es scheint, als ob ein vermehrtes Wachstum hier sogar gewisse Differenzen in der Länge ausgleichen kann. Auch die Markhöhle stellt sich vielfach selbst bei sehr großen Deformitäten wieder her. Das kann natürlich nur durch Resorption des Callus zugleich mit der des alten Schaftknochens zustande kommen. Wesentlich ist der Nutzen, den die vorliegenden Beobachtungen für die Therapie geben, insofern sie sicherlich bei Kindern die Notwendigkeit operativer Eingriffe vermindern. Zu lernen bleibt uns nur, welche Deformitäten bei Erwachsenen und Kindern prognostisch ungünstig, und welche harmloser zu beurteilen sind. Zu den ungünstig zu beurteilenden Verschiebungen gehören Absprengungen ins Gelenk und Verdrehungen

abgebrochener Teile. Bei diesen soll auch auf Grund dieser neuesten Studien die Bruchstelle bloßgelegt, genäht oder sonstwie korrigiert werden. Dagegen sind die suprakondylären Brüche mit Verschiebung nach vorn und hinten und selbst die bisher für schwer zu behandeln geltenden verzahnten Oberschenkelquerbrüche konservativer Therapie zu unterwerfen, da ihre Prognose eine günstige ist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

19) **Ware.** Radiograms of syphilis of the long bones.

(Surgery, gynecology and obstetrics VI, 1.)

Luetische Knochenerkrankungen ergeben im Röntgenbilde so charakteristische Symptome, daß das Röntgenbild für Diagnose und Prognose der Knochensyphilis von großem Wert ist. An der Hand von elf recht guten Röntgenbildern zeigt Verf. die Besonderheiten der luetischen Knochenveränderungen. Der produktive Charakter der syphilitischen Entzündung ergibt die Dichtigkeit des Schattens, der auch bei gummösen Veränderungen an der Peripherie deutlich ist. Knochenatrophie ohne gleichzeitige reaktive Veränderungen fehlt.

Strauss (Nürnberg).

---

20) **A. le Dentu et P. Delbet.** Nouveau traité de chirurgie. VI. Lésions traumatiques des articulations par Léon Cahier.

Paris, J. B. Baillière & fils, 1908.

Verf. behandelt im vorliegenden Werke die Verrenkungen, Wunden, Kontusionen und Distorsionen der Gelenke. Auch die Gelenkfrakturen sind berücksichtigt, wenn schon nicht mit der Ausführlichkeit wie die Verrenkungen, was in der Einteilung des Stoffes begründet ist. Das mit zahlreichen lehrhaften Abbildungen versehene Buch entspricht durchaus den modernen Anforderungen, die man an Diagnose und Behandlung dieser besonders durch die Unfallversicherung wichtig gewordenen Verletzungen zu machen hat. Es steht in jeder Hinsicht auf voller wissenschaftlicher Höhe und ist ein brauchbares Nachschlagewerk. Die therapeutischen Maßnahmen sind bei jedem einzelnen Trauma ausführlich behandelt, so daß auch der praktische Arzt, dem solche Verletzungen seltener vorkommen, sich gut auch über seltenere Formen orientieren kann. Die Literatur, welche sich gerade in letzter Zeit sehr ausführlich mit den Gelenktraumen befaßt hat, ist eingehend berücksichtigt, und alle wirklich wertvollen Verfahren — wie die Bardenheuer'schen Extensionsmethoden — sind in die Besprechung mit einbezogen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

21) **H. Spitzy.** Die Anwendung der Lehre von der Regeneration und Heilung durchschnittener Nerven in der chirurgischen Praxis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

Historische und kritische Betrachtungen über Nervennaht und Nervenanastomose, entsprechend dem Referate des Verf.s auf der

Naturforscherversammlung 1907. Für die Technik der Naht stellt er prinzipielle Forderungen auf. Bei der Anastomosierung betont er wieder die Notwendigkeit einer einheitlichen, eindeutigen Nomenklatur, für die er schon früher (Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII Vorschläge gemacht hat. Die Grundeinteilung sei kurz erwähnt: Implantation, Kreuzung, Anastomose.

Verf. bespricht dann die von ihm und anderen Autoren in den verschiedenen Nervengebieten geübte Technik.

Immer umgibt er die Naht- oder Anastomosenstelle mit sterilisierten Hundearterien, und führt auf diese Schutzmaßregel einen nicht geringen Teil der guten Resultate der jüngsten Zeit zurück. Einige von ihm angegebene Instrumente erleichtern die Technik. In etwa 70% seiner Operationen hatte er positive Erfolge.

Renner (Breslau).

---

22) **R. Galeazzi.** Trattamento meccanico della spondilite tubercolare.

(Archivio di ortopedia Bd. XXIV. Hft. 5 u. 6. 1907.)

Der Autor geht davon aus, daß die zahlreichen Forschungen und Arbeiten des letzten Dezenniums auf dem Gebiete der Behandlung der ausgebildeten tuberkulösen Spondylitis keinen wirklichen Fortschritt gebracht haben, indem die direkten Einwirkungen auf den Pott'schen Buckel, wie sie von Calot (Berc), Redard, Lorenz und Wullstein empfohlen wurden, nicht die von diesen Autoren angegebenen Vorteile haben. Insbesondere ist der Nachweis der absoluten oder relativen Gefahrlosigkeit für keine der erwähnten Methoden erbracht, da sich die Beendigung des akuten Prozesses nicht mit absoluter Sicherheit erweisen läßt, und so die Gefahr des Wiederaufflackerns der Erkrankung besteht. Es kommt hinzu, daß sich die Ausdehnung des tuberkulösen Prozesses, das Vorhandensein von Abszeßbildung trotz des Röntgenbildes klinisch nicht mit der wünschenswerten Sicherheit feststellen läßt. Dazu muß hervorgehoben werden, daß die Gewalteinwirkung auf den Buckel sich trotz aller Vorsichtsmaßregeln der Wullstein'schen Methode nicht mit der wünschenswerten Sicherheit dosieren läßt. Endlich werden als Hauptargument gegen das direkte Redressement die anatomischen Besonderheiten der tuberkulösen Wirbelerkrankung und die statischen Verhältnisse der Rückenwirbelsäule betont, die für Extension und Druck am wenigsten zugänglich und doch in 50% aller Fälle der Sitz der tuberkulösen Erkrankung ist.

Demzufolge bleibt für die tuberkulöse Spondylitis die frühere erprobte Behandlung empfehlenswert. Langdauernde Ruhigstellung im Lorenz'schen Reklinationsbett bzw. der Sayre'schen Schlinge ist während des floriden Stadiums zu empfehlen, später sollen Gips-, Zelluloid- und Hessingkorsetts den erzielten Erfolg für die Dauer festhalten. Behandlung und sorgfältige Überwachung müssen sich über mindestens 5—6 Jahre erstrecken; gleichzeitig ist eine Stärkung

und Kräftigung des Gesamtorganismus zu erstreben, so daß G. besondere orthopädische Sanatorien für die an Spondylitis Erkrankten fordert, in denen Arzt und Pat. vor allem auch gegen die gefällige Nachgiebigkeit gegen die Eltern gesichert ist. **Strauss** (Nürnberg).

---

23) **Kroemer.** Über Schwierigkeiten bei der Diagnose von Abdominaltumoren.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

K. erörtert auf Grund seiner gynäkologischen Erfahrungen die Schwierigkeiten, welchen wir bei der Diagnostik von Bauchgeschwülsten begegnen können.

Bei kleinen Geschwülsten sind es die Verwachsungen, die es unmöglich machen können, zu entscheiden, ob eine Geschwulst dem Uterus und seinen Adnexen oder benachbartem Darm angehört. Beispiele werden angeführt.

Bei mittleren und großen Geschwülsten erwachsen Schwierigkeiten durch Lageverschiebung der Eingeweide mit Fixation am falschen Orte. Beispiele: Wandermilz; bis ins Becken reichende Gallenblase mit Enteroptose; oder wenn primär verlagerte Organe zu Geschwülsten werden, z. B. ektopische Nieren. Ferner ist die Diagnostik schwierig bei Vorhandensein mehrfacher Geschwülste: Echinokokken, mehrfache Eierstocksgeschwülste; auch Gekröscysten können schwer zu erkennen sein. Endlich wird eine genaue Differenzierung unmöglich, wenn die Geschwülste eine solche Größe erreicht haben, daß sie den ganzen Bauch erfüllen und die Bauchorgane auf einen engen Raum zusammendrängen.

In vielen Fällen kann daher erst die Probelaparotomie die Sachlage erkennen lassen. **Haeckel** (Stettin).

---

24) **M. Cohn.** Über den Einfluß der Röntgendiagnostik auf die Erkennung und die Behandlung der Ellbogenbrüche.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 30.).

Man hat zu unterscheiden zwischen Verletzungen, die im Gelenk, und solchen, die am Gelenk sich abspielen. Absprengungen des Epicondylus internus und externus haben für die Beweglichkeit keine ausschlaggebende Bedeutung; doch kann eine Fraktur des Epicondylus internus, der an der Bildung des Sulcus ulnaris beteiligt ist, bei nicht richtiger Anwachsung Anlaß zur Verlagerung des Nerven geben. Die Brüche des Condylus internus und externus (T- und Y-Brüche) sind niemals rein intraartikulär. Nur bei der Fractura diacondylica (Kocher) verläuft die Bruchlinie intraartikulär in der Nähe der Epiphysenlinie. Der Humerus ist bei den Brüchen weit öfter beteiligt als Radius und Ulna (Bruch des Radiusköpfchen, Fraktur des Olecranon und sehr selten die des Proc. coronoideus). Die Einrenkung des Cubitus valgus und varus ist immer vergesellschaftet mit einem intra- und extra-

artikulären Bruch. Bei Kindern besteht die Neigung zu Loslösungen der Knorpelfuge. Reine Epiphysenbrüche kommen allerdings auch am Ellbogen nur selten vor. Die Diagnose ist bei Kindern häufig allein durch das Röntgenverfahren ermöglicht. — Eine seltene Bruchform ist eine Spaltung des Humerus; merkwürdigerweise ist die Dislokation hierbei oft am zentralen Ende am größten.

Bei den Ellbogengelenkfrakturen ist man meist nicht imstande, durch geeignete Manipulationen das abgebrochene Stück in die richtige Lage zu bringen. Es verliert deshalb der fixierende Verband viel an seinem Wert.

Die Bardenheuer'sche Extensionsmethode bei allen Ellbogenbrüchen anzuwenden, hält C. nicht für notwendig, sondern empfiehlt sie nur bei den schweren Brüchen oberhalb des Ellbogens und den kombinierten extra- und intraartikulären Ellbogenbrüchen. Bei den Torsionsbrüchen dürfte ein geeigneter Rotationszug am zweckmäßigsten sein. Für Frakturen, die sich lediglich im Gelenk abspielen, ist ein Pappe-Stärkebindenverband, der eine Durchleuchtung zuläßt, und das Verbinden tagsüber in Beuge-, nachts in Streckstellung unter Benutzung der Hülsen am vorteilhaftesten.

Brüche am Radiusköpfchen und am Proc. caracoideus erfordern eine Fixierung in Supination bei rechtwinklig gebeugtem Ellbogen. — Olecranonbrüche hinterlassen auch bei nicht knöcherner Vereinigung der Bruchenden ein gutes funktionelles Resultat; eine Knochennaht ist deshalb nicht notwendig.

Bier'sche Stauungshyperämie befördert die Resorption von Blutergüssen und verbessert die Funktion.

Den Störungen, die der Callus sekundär hervorbringt, hat man nach Verf.s Ansicht zu großes Gewicht beigelegt; er hat solche nur bei Frakturen dicht über dem Gelenk am Humerus beobachtet, wenn das obere Fragment nach der Ellbeuge nicht genügend reponiert war.

Langemak (Erfurt).

---

25) **E. Aievoli.** Sul concetto della patogenesi della contrattura palmare.

(Arch. di ortopedia XXIV. 5 u. 6. 1907.)

In einer eingehenden Monographie über die Pathogenese der Dupuytren'schen Palmarfascienkontraktur kommt Verf. nach einer ausführlichen Übersicht über die bisher in der Literatur niedergelegten Hypothesen zu dem Schluß, daß die Annahme einer nervösen Grundlage für die von Dupuytren exakt beschriebene Erkrankung nicht zu Recht besteht. A. weist darauf hin, daß in zahlreichen Fällen, für die eine syringomyelitische Basis sicher gestellt werden konnte, das Bild der genuinen Palmarfascienkontraktur fehlt. Er sieht in dieser eine produktive Veränderung des Fett- und Lymphbindegewebes, die durch häufige lokale Traumen bedingt ist.

Die Feststellung der Pathogenese ist für die Therapie von großer Wichtigkeit, da eine traumatische Ätiologie einen chirurgischen Ein-

griff rechtfertigt, der bei neurotischer Basis der Erkrankung lediglich symptomatische Bedeutung hätte. **Strauss** (Nürnberg).

---

26) **W. Bennett.** A clinical lecture on modifications in the movements of the knee-joint directly consequent upon injury.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 4.)

Verf. bespricht an der Hand einiger lehrreicher Beispiele die verschiedenen Beeinflussungen der Kniegelenksbeweglichkeit unmittelbar oder längere Zeit nach Verletzungen. Vollkommenes Feststellen des Gelenkes in irgendeiner Stellung spricht bei Kranken bis zu 35 Jahren für Verschiebung der Semilunarknorpel oder für Einklemmung eines Zipfels der Gelenkkapsel zwischen Knochenenden oder lose Gelenkkörper oder Gelenkbruch mit keilartig wirkendem Bruchstück zwischen den Gelenkenden; starke Einschränkung der Beweglichkeit ohne völliges Feststellen kann auch bei losen Körpern vorkommen, meist aber bei Zerreißung der Kreuzbänder oder der außerhalb befindlichen Weichteile, besonders der Muskeln. Beschränkung der Streckung im Kniegelenk führt B. zurück auf ein mechanisches Hindernis im Gelenk: Einklemmung, Keilwirkung; Beschränkung der Beugung spricht immer für Erguß. **Weber** (Dresden).

---

27) **Chevrier.** De l'examen du reflex veineux dans les varices superficielles.

(Arch. génér. de chirurgie 1908. II, 1.)

Verf. geht davon aus, daß die Klappeninsuffizienz das Wesentliche für die Entstehung der Varicen ist. Eine eingehende Betrachtung der klinischen Untersuchungsmethoden, vor allem des Trendelenburg'schen Phänomens, ergibt, daß das Zurückströmen des venösen Blutes nach der Entleerung der Venen in verschiedener Weise erfolgen kann, entweder absteigend, wie dies die Regel ist, oder aufsteigend, oder, was noch seltener ist, absteigend und aufsteigend zugleich. Der absteigende Rückfluß kennzeichnet eine Insuffizienz der Klappen an der Mündung der Saphena in die Femoralis, während die Klappen der perforierenden Venen leistungsfähig sind. Der aufsteigende Rückfluß weist auf eine Insuffizienz der letztgenannten Klappen hin. Das Verneuil'sche Gesetz, wonach zuerst die Venen der Tiefe varikös werden und erst später auf dem Wege der Kontinuität diejenigen der Oberfläche, besteht nur in den wenigsten Fällen zu Recht; die Häufigkeit des absteigenden Rückflusses macht es vielmehr sehr wahrscheinlich, daß die Klappeninsuffizienz in der Regel von oben nach unten fortschreitet, indem die Mündungsklappe der Saphena zuerst versagt.

Diese theoretischen Schlüsse erscheinen nun dem Verf. besonders in Hinsicht auf die therapeutischen Indikationen von Bedeutung. Er führt nämlich die Mißerfolge der verschiedensten chirurgischen Maß-

nahmen bei den Varicen darauf zurück, daß die Genese der Fälle nicht genügend beachtet wurde, da jeder Fall besondere Maßnahmen nötig mache. Demzufolge werden drei Gruppen von Varicen unterschieden. Bei den oberflächlichen Varicen mit absteigendem Rückfluß des Blutes handelt es sich darum, die insuffiziente Klappe der Saphena auszuschalten. Das geschieht am rationellsten durch eine distal von der Saphenamündung angelegte Anastomose zwischen Saphena und Femoralis, wie dies von Delbet vorgeschlagen und ausgeführt wurde. Das Vorhandensein tiefer und oberflächlicher Varicen mit aufsteigendem Rückfluß macht ausgedehnte Resektionen der oberflächlich gelegenen Venen nötig. Die gleichzeitige Exstirpation größerer Hautflächen (Schwartz) bedingt eine natürliche elastische Kompression der tiefer gelegenen Gewebe und Venen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um oberflächlich und tief gelegene Varicen mit absteigendem Rückfluß. Hier ist die Unterbindung und partielle Resektion der V. saphena nötig. Dabei muß jedoch die Unterbindung möglichst hoch oben gemacht werden, um nicht die Möglichkeit eines Kollateralkreislaufes bestehen zu lassen.

Die Richtung des venösen Rückflusses ist bei der Prüfung des Trendelenburg'schen Phänomens ohne weiteres erkennbar.

Strauss (Nürnberg).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der deutschen chirurgischen Klinik in Prag.
Vorstand: Prof. Dr. A. Wölfler.

Der Galalithdarmknopf.

Von

Prof. Dr. Viktor Lieblein,
emer. I. Assistent der Klinik.

In Ergänzung meiner vorläufigen Mitteilung über den Galalithdarmknopf in diesem Zentralblatt Nr. 4 möchte ich mir über die Anwendung des Knopfes, sowie über die mit demselben bisher erzielten Erfolge folgende Mitteilungen erlauben: Der Galalithknopf ist, was Gestalt und Mechanismus betrifft, ganz dem Murphy'schen Darmknopfe nachgebildet. Auch er besteht aus den beiden Hohlzylindern, welche die beiden Knopfhälften tragen. Nur ist beim Galalithknopfe die Spiralfeder und die bewegliche Platte weggeblieben. Da es sich als unmöglich herausgestellt hat, die beiden Federn, welche in das Gewinde des Zylinders der weiblichen Knopfhälfte einschnappen, aus demselben Material herzustellen, Magnesium auch nicht hierfür (ebenfalls aus technischen Gründen) verwendet werden konnte, so sind die Federn aus Neusilber hergestellt und verläßlich in dem männlichen Knopfteile befestigt. Einen Nachteil habe ich hiervon nicht gesehen. Der Mechanismus des Knopfes ist ebenfalls der gleiche wie beim Murphyknopfe; die beiden Knopfhälften können durch Druck geschlossen, aber nur durch schraubende Bewegungen voneinander entfernt werden. Ich habe den Galalithknopf in drei Größen mit einem Lumen der inneren Bohrung von 11, 9 und 7 mm herstellen lassen. Der größte dient für die Ausführung der Gastroenterostomie, der mittelgroße für Operationen am Dünndarme, falls die größere Nummer des Knopfes sich nicht eignen sollte, und der kleinste für die Ausführung der Enteroanastomose

bei der vorderen Gastroenterostomie, oder für die Herstellung von Gallenblasen-Dünndarmfisteln. Die Sterilisation der Knöpfe geschieht durch 5 Minuten langes Kochen in Wasser. Da die Knöpfe dabei weich werden, so nimmt man diese Prozedur am besten in einem kleinen Instrumentenkochapparat vor, hebt dann den Einsatz mit den Knöpfen heraus und schüttet die Knöpfe, ohne sie mit einem Instrument zu berühren, in eine 5%ige Karbolglyzerinlösung, in welcher sie ihre frühere Härte wieder erlangen. In dieser Lösung werden die Knöpfe bis zum Gebrauch aufbewahrt. Wichtig ist, die beiden Knopfhälften vor dem Sterilisieren so weit auseinander zu schrauben, daß sie nur mit den äußersten Windungen des Schraubengewindes zusammenhängen. Hebt man nämlich die beiden Knopfhälften im Karbolglyzerin geschlossen auf, so macht das nachträgliche Auseinanderschrauben große Schwierigkeiten.

Die Anwendung des Knopfes ist die gleiche wie beim Murphyknopfe. Die beiden Knopfhälften werden an dem Rande des Knopfzylinders mit einem Péan gefaßt und in die Magen- resp. Darmöffnung mittels einer Schnürnaht eingebunden. Die Öffnung darf nicht zu groß angelegt werden, weil man sonst bei dem Festbinden des Knopfes Falten erhält, welche das exakte Zusammenlegen der beiden Knopfhälften verhindern. Drückt man die beiden Knopfhälften zusammen, so muß die Magen- resp. Darmwand durch eine Kompresse vor zu starkem Drucke bewahrt werden. Eine jede Knopfanastomose ist durch eine zirkuläre, am besten fortlaufende Übernähung zu sichern.

Verdauungsversuche, sowie Tierversuche haben ergeben, daß in erster Linie der Magensaft eine verdauende Wirkung auf den Galalithknopf ausübt, während die verdauende Wirkung des Darmsaftes eine viel geringere ist. Andererseits haben die Versuche ergeben, daß der Knopf genügend lange in der Anastomose verbleibt und auch seinen Mechanismus genügend lange bewahrt, so daß man aus diesen Ursachen eine Insuffizienz der Anastomose nicht zu befürchten braucht.

Ich habe bislang in 19 Fällen von Gastroenterostomie aus verschiedenen Indikationen (Karzinom, Ulcus, akute Magenblutung) den Knopf 26mal angewendet, da ich in sieben Fällen von vorderer Gastroenterostomie auch die Braun'sche Anastomose mittels Galalithknopfes ausgeführt habe. Von diesen Fällen starb nur der Fall von Gastroenterostomie wegen akuter Magenblutung 24 Stunden nach der Operation an der Anämie. Die Anastomose selbst erwies sich bei der Sektion vollständig in Ordnung, es war keine Peritonitis vorhanden. Alle übrigen Fälle haben geheilt das Spital verlassen, und war der Verlauf nach der Operation ein ganz glatter. Nur in einem Falle kam es zum Auftreten eines Bauchwandabszesses infolge Durchbruch des Karzinoms. Die in diesem Fall ausgeführte hintere Gastroenterostomie hatte mit dieser Komplikation nichts zu tun. Ein Fall von Pylorusresektion wegen Karzinoms und Gastroenterostomia retrocol. ant. starb in der Irrenanstalt 10 Wochen nach der Operation an einer Pneumonie. Bei der Sektion erwies sich die Bauchhöhle frei von Verwachsungen, die Anastomose gut durchgängig und verheilt. Schließlich erwähne ich noch einen Fall von Gastroenterostomie wegen eines großen Pyloruskarzinoms, bei welchem 3 Wochen nach der Operation die weibliche, in der Magenwand eingebunden gewesene Knopfhälfte mit dem Knopfzylinder des männlichen Teiles ausgebrochen wurde. Die Knopfhälfte des männlichen Teiles, sowie die Metallfedern fehlten. Der ausgebrochene Teil des Knopfes zeigte deutliche Zeichen der Andauung, war jedoch in seiner äußeren Form erhalten. — Was drei Fälle von zirkulärer Vereinigung des Dünndarmes nach Resektion bei gangränösen Hernien betrifft, so ist von diesen ein Fall glatt geheilt. Ein Fall starb an Peritonitis infolge fortschreitender Gangrän des zuführenden Stückes. Es war also hier der Knopf nicht Schuld am letalen Ausgange. Der dritte Fall starb ebenfalls an einer Perforationsperitonitis, welche plötzlich am 4. Tage nach der Operation einsetzte. Bei der Sektion fand sich eine Perforationsöffnung am zuführenden Stück nahe der Vereinigungsstelle. Es ist nicht gut möglich, daß es sich hier um Drucknekrose gehandelt hat, weil der Knopf, wenn er sich im Magen-Darmkanale befindet, durch die Einwirkung der Verdauungssäfte sowie durch die Ingesta weich und nachgiebig wird; vielleicht haben bei der

bereits 67 Jahre alten Frau, welche an einer schweren Atheromatose litt, Zirkulationsstörungen im Verein mit dem Operationstrauma eine Rolle bei der Entstehung der Perforation gespielt. Ich habe jedoch weitere Versuche mit dem Galalithknopfe bei gangränösen Hernien nicht gemacht, weil ich auf dem Standpunkte stehe, daß die Naht gerade bei der gangränösen Hernie die beste Methode der Darmvereinigung darstellt. Falls man jedoch auch für diese Fälle einen Darmknopf anwenden will, dann verdient sicher der Galalithknopf vor dem Murphyknopfe den Vorzug.

In erster Linie kann ich nach meinen Erfahrungen die Anwendung des Galalithknopfes bei der Gastroenterostomie empfehlen, da der Galalithknopf tatsächlich die Vorzüge des Murphyknopfes (Zerlegbarkeit in die beiden Hälften, sicher schließender Mechanismus) besitzt ohne seine Nachteile (Unresorbierbarkeit, großes Gewicht). Nur in denjenigen Fällen, in welchen infolge einer langdauernden Stenose die Magenwand sehr stark hypertrophisch und brüchig ist, empfiehlt sich die Anwendung des Galalithknopfes ebensowenig wie eine andere Prothese; in diesen Fällen ist die Naht vorzuziehen. Auch bei Operationen am Dünndarme kann der Knopf zur Herstellung von Enteroanastomosen oder beispielsweise nach der Resektion infolge von Verletzung des Darmes angewendet werden. Die ausführliche Mitteilung über meine Erfahrungen bezüglich des Galalithknopfes mit den nötigen klinischen Belegen und Versuchsprotokollen wird in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie erscheinen.

Den Alleinverkauf des Galalithknopfes hat die Firma M. Schaerer, Aktiengesellschaft, in Bern übernommen.

---

28) **Harrass.** Über Schling- und Atmungsstörungen beim Tetanus und deren Behandlung.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

In einem schweren Falle von Trismus mit schwersten asphyktischen Anfällen, welche offenbar nicht auf Glottiskrampf beruhten, leistete die Tracheotomie vortreffliche Dienste; 21 Stunden blieben danach diese Anfälle aus. Schlucken wird vollständig unmöglich; Einführung einer Schlundsonde in tiefer Narkose und Liegenlassen derselben für 1/2 Stunde führte vollständiges Schluckvermögen herbei. Die letztere Beobachtung konnte auch in einem zweiten Falle gemacht werden. Wenn auch in beiden Fällen der tödliche Ausgang nicht abgewendet werden konnte, so fordern diese Erfahrungen doch dazu auf, in Zukunft nicht nur beim Glottiskrampf, sondern auch beim Spasmus der Interkostal- und auxiliären Respirationsmuskulatur Tetanischer der Gefahr des asphyktischen Anfalles durch die Tracheotomie zu begegnen, sondern die Schlundsonde beim Tetanus aphagirus, vielleicht auch beim Tetanus hydrophobicoides, gegen die Aphagie bzw. Dysphagie einzuführen und einige Zeit liegen zu lassen. **Haeckel** (Stettin).

29) **G. Vincenso.** Contributo clinico alla rachistovainizzazione.

(Policlinico 1907. Nr. 1 u. 2. Sez. chir.)

Nach einer kurzen Übersicht über die Literatur, von der besonders die italienischen Autoren berücksichtigt werden, schildert Verf. seine eigenen Erfahrungen an insgesamt 207 Fällen der Urso'schen Klinik zu Messina, die unter Rückenmarksanästhesie operiert wurden. Die verwendete Stovainmenge schwankte von 0,04—0,07 g, das Anästhetikum war in physiologischer Kochsalzlösung aufgelöst, der pro Kubikzentimeter 0,0015—0,002 g Milchsäure zugefügt waren, wodurch Versager seltener geworden sein sollen. Es wurden 1 ccm Lösung injiziert; vorher ließ man 20 Tropfen bis zu 7 ccm Liquor abfließen. In den 207 Fällen versagte die Anästhesie 19mal mehr oder minder vollkommen, in 27 Fällen kam es zu Neben- und Nacherscheinungen, die alle wieder bald vorübergingen. In einem Falle trat nach 6 Tagen der Tod ein. Verf. kann jedoch nicht bestimmt angeben,

ob er auf die Lumbalanästhesie zurückzuführen ist. Die Autopsie zeigte lediglich Myodegeneratio cordis und fettige Leberentartung. Albuminurie wurde nur in einem Falle beobachtet.

Verf., dessen kritische Darlegungen eine Reihe weiterer beachtenswerter Einzelheiten enthalten, kommt zum Schluß, daß die Lumbalanästhesie eine brauchbare Methode darstellt, die besonders indiziert ist bei dringender Kontraindikation gegen Chloroformgebrauch. **Strauss** (Nürnberg).

30) **Ogiloy and Coffin.** The opsonic index in orthopedic surgery.
(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 2.)

Auf Grund eigener Erfahrungen mit Verabreichung von Tuberkulin an sechs Pat. mit Knochen- und Gelenktuberkulose kommen die Verff. zu dem Schluß, daß der opsonische Index durch Applikation des Tuberkulins steigt und damit eine unverkennbare Besserung verbunden ist, wenn keine Sekundärinfektion vorhanden ist. **W. v. Brunn** (Rostock).

31) **Colvin.** A brief survey of the general knowledge of bone regeneration and certain features of osteomyelitis.
(Surgery, gynecology and obstetrics 1907. V, 6.)

Eine kurze Mitteilung über sieben Fälle von pyogener Osteomyelitis bei jugendlichen Personen. 16 sehr gut wiedergegebene Röntgenbilder zeigen die verschiedenen destruktiven und regenerativen Veränderungen des erkrankten Knochens. In einzelnen Fällen kam es, trotzdem die Gelenkenden betroffen waren, nach Jahren noch zu einer fast vollständigen anatomischen und funktionellen Heilung. So kommt Verf. zum Schluß, daß bei der Osteomyelitis, sofern es sich nicht um sehr akute septische Infektion handle, ein möglichst konservatives Verfahren nötig sei. Wiederholt aufgenommene Röntgenbilder sollen die Fingerzeige zu den einzelnen Maßnahmen geben. Besonders müsse dies bei jugendlichen Personen berücksichtigt werden, deren weiche, gefäßreiche Knochen eher zur Sequesterbildung und -Ausstoßung führen und dann ein recht lebhaftes Regenerationsvermögen zeigen. **Strauss** (Nürnberg).

32) **Butkewitsch.** Über sklerosierende Osteomyelitis.
(Chirurgia 1907. Nr. 133. [Russisch.])

B. beobachtete in den letzten Jahren drei Fälle dieser seltenen Erkrankung. Zweimal war das Schienbein, einmal der Oberschenkel befallen. Im Gegensatz zu Ätiologie, Symptomatologie und Differentialdiagnose, die in der Literatur ausführlicher behandelt sind, vermißt B. genaue Angaben über die Therapie der fraglichen Erkrankung. Er sieht — schon wegen der Schmerzen — die einzige rationelle Behandlung der sklerosierenden Osteomyelitis in weiter Eröffnung der Markhöhle, Entfernung aller neugebildeten Knochenmassen, die durch Druck den Schmerz verursachen, und eine ausgiebige Drainage. Mit medikamentösen Kuren bzw. physikalischen Heilmethoden hat er nie Erfolge gesehen. **Oettingen** (Berlin).

33) **W. B. Coley.** Bone sarkoma: diagnosis, prognosis and treatment.
(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 2.)

Verf. bringt auf Grund eigener Beobachtungen (234 Knochensarkome bei 630 Fällen von Sarkomen überhaupt) eine Reihe wichtiger Einzelheiten über das Sarkom der Knochen, von denen die am häufigsten ergriffen werden, die traumatischen Einflüssen besonders ausgesetzt sind. Bezüglich der Ätiologie kommt C. zum Schluß, daß es sich um ein infektiöses Agens handle, das durch das Trauma erst aktiv werde. Für die Diagnose werden traumatische und hereditäre Einflüsse (Krebs bei Verwandten), Erkrankung aus vollem Wohlbefinden heraus und die Bedeutung der Röntgenuntersuchung und Probeexzisionen betont, da die differential-

diagnostischen Schwierigkeiten gegenüber Knochencysten, Tuberkulose und Myositis ossificans oft recht groß sind. Eine Reihe weiterer Einzelheiten über Sarkome der verschiedensten Knochen und die Erfolge der operativen Behandlung lassen sich leider im Referate nicht genügend wiedergeben; ich begnüge mich daher mit einigen Schlußfolgerungen des Autors, der die Resultate der modernen Sarkombehandlung eines der düstersten Kapitel der Chirurgie nennt und, ehedem einer der eifrigsten Verfechter der möglichst frühzeitigen und möglichst hohen Amputation, nunmehr zum Schluß kommt, daß es meistens ein schwerer Irrtum ist, von der Opferung der Extremität die Erhaltung des Lebens zu erhoffen, besonders wenn es sich um periostale Sarkome handelt.

Dagegen betont C. auf Grund kritischer Darlegungen die Tatsache, daß in einer Reihe hoffnungsloser Fälle durch die Behandlung mit den gemischten Toxinen von Streptokokken- und Prodigiosuskulturen Extremität und Leben für längere Zeit erhalten wurde, und berichtet über 44 eigene Beobachtungen (17 Rundzellen-, 17 Spindelzellen-, 1 Chondrosarkom, 2 Mischgeschwülste, 1 Epitheliom, 5 Geschwülste ohne pathologische Untersuchung), von denen 27 Fälle 3—15 Jahre und 10 Fälle 10—15 Jahre gesund blieben. Diesen Erfahrungen entsprechen die experimentellen Beobachtungen von Tracy und Bube, die beim multiplen Sarkom der Hunde ebenfalls Heilung durch das Toxingemisch sahen. Eine kurze Beschreibung der Herstellung dieses Toxins (erhältlich bei Parke, Davis & Cie.) und eine kurze Gebrauchsanweisung (Beginn mit kleinen Dosen, die nicht in die Geschwulst selbst injiziert werden sollen, Berücksichtigung des Kräftezustandes des Pat., beschließen die Arbeit, die das Toxingemisch auch als Prophylaktikum gegen Rezidive empfiehlt. **Strauss** (Nürnberg).

34) **Payr.** Schußverletzung der Wirbelsäule.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

F. berichtet im Medizinischen Verein in Greifswald über eine interessante Schußverletzung der Wirbelsäule, bei der wegen beginnender Eiterung aus dem Körper des 5. Halswirbels das Revolvergeschoß entfernt wurde. Es lag in einem Zertrümmerungsherde mit verschieden großen Knochensplittern. Glatte Heilung. **Borchard** (Posen).

35) **Burk.** Seltene Fraktur an der Wirbelsäule.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Durch forciertes Beugen nach vorn und rechts war ein isolierter Bruch des rechten Gelenkfortsatzes des 5. Lendenwirbels zustande gekommen.

Entfernung des abgesprengten Knochenstückes, sowie des rechten Gelenkfortsatzes des obersten Kreuzbeinwirbels. Es handelt sich also um eine Abrißfraktur infolge Distorsion des Kreuzbeinlendenwirbelgelenkes. **Borchard** (Posen).

36) **Payr.** Fraktur des Processus transversus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Durch Sturz von einem Jagdwagen war bei einem 40jährigen Mann ein Bruch des Querfortsatzes des 1. Lendenwirbels entstanden (Röntgenbild). Die Diagnose konnte schon vor der Aufnahme mit großer Wahrscheinlichkeit aus dem eigentümlichen Verhalten des Schmerzes bei Neigung nach der gesunden Seite usw. gestellt werden.

Aufhören der Schmerzen bei Anlegen eines Heftpflaster-Gummibindenzugverbandes an der kranken Seite. **Borchard** (Posen).

37) **Frank.** Halsrippe und Unfall.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 14.)

F. teilt einen Fall mit, in welchem nach einem Trauma eine Halsrippe Ursache zu hochgradigen Beschwerden abgegeben hatte. **Borchard** (Posen).

38) **Bonnamour et Bouchut.** Rupture traumatique de la rate.

(Province méd. 1907. Dezember 28.)

Der Kranke erlitt durch einen Fall einen Bruch der 5. und 6. linken Rippe, dessenthalben er 4 Wochen in chirurgischer Behandlung stand. 10 Wochen später tritt er wegen Abnahme der Kräfte, nervöser Abspannung, Schmerzhaftigkeit der linken unteren Thoraxpartien aufs neue in Behandlung. Befund eines linksseitigen Pleuraexsudats. Nach weiteren 3 Wochen Auftreten von Temperatursteigerung mit abendlichen Exazerbationen bis 39°, septischer Allgemeinzustand. Nach weiteren 14 Tagen Einsetzen einer akuten Peritonitis, die in 3 Tagen zum Tode führt. Obduktion: Etwa 1 Liter sanguinolentes Exsudat im linken Pleuraraum; im linken Hypochondrium ein ausgedehnter schokoladefarbiger Abszeß mit dem Hauptherd in der Milzgegend, nach unten durch Netz abgeschlossen, die Niere in ihrer Lage vom Abszeß umspült. Die Milz zeigt am unteren Pol ein walnußgroßes Stück total abgesprengt, die Rißstelle durch Netzteile verstopft und verklebt. Es war die Milzruptur, von der zur Rippenfraktur führenden Gewalteinwirkung gleichzeitig bewirkt, zunächst symptomlos geblieben. Das abgekapselte Hämatom wurde vom Darm aus infiziert (Fistel), durch Durchbruch des Abszesses entstand diffuse Peritonitis. Besprechung verwandter Fälle aus der Literatur, Erörterung der Pathogenese der Milzrupturen und ihrer Ausgänge. **Pletzsch** (Karlsruhe).

39) **Couteaud.** Plaies de la vésicule biliaire.

(Revue de chir. XXVII. année. Nr. 9.)

Die Stich-, Schnitt- und Schußwunden der Gallenblase sind wegen der Kleinheit und versteckten Lage des Organes selten. C. widmet ihnen auf Grund eines selbst beobachteten Falles und sorgfältiger Literaturstudien eine eingehende Besprechung, in der die Zerreißungen der Gallenblase durch Quetschungen des Bauches außer Betracht bleiben. Der Kranke C.'s erhielt einen Messerstich unterhalb des rechten Rippenbogens drei Querfinger breit von der Mittellinie in der Richtung von unten nach oben. Er klagte über heftigen rechtsseitigen Schulterschmerz, der aber auch nach links ausstrahlte. Die Erscheinungen einer zunehmenden intraperitonealen Blutung nötigten zur Laparotomie 4 Stunden nach der Verletzung. Das Messer hatte die Gallenblase in ihrem Grund und an der äußeren Seite nahe der Leber durchbohrt und war hier in die Leber, 3 cm von ihrem vorderen Rand, eingedrungen. Im Bauchfell 1800 g Blut, Gerinnsel und Galle. Naht der Funduswunde mit einer, der Leber- und äußeren Blasenwunde mit zwei Catgutknopfnähten, die die Wundränder beider zugleich fassen. Tod an Bauchfellentzündung 83 Stunden nach der Verletzung. Die bei der Operation stark verkleinert vorgefundene Gallenblase hatte sich, wie die Sektion ergab, gut ausgedehnt und war zur Hälfte mit Galle gefüllt. Die Gallenblasenwunden waren bis auf eine kaum quadratmillimetergroße Schleimhautstelle, die Leberwunden, abgesehen von einem oberflächlichen Bezirk, vernarbt.

Aus der Literatur berichtet Verf. über 38 Fälle. Mit Einschluß seiner eigenen Beobachtung war nur elfmal nach modernen chirurgischen Grundsätzen bei der Behandlung vorgegangen; außer C.'s Fall endete noch ein zweiter tödlich, bei dem erst 48 Stunden nach der Verletzung (Messerstich) laparotomiert wurde. In $^3/_4$ der Fälle handelte es sich um Stich- bzw. Schnittwunden, in $^1/_4$ um Schußwunden.

Die Diagnose einer Gallenblasenverletzung ist meistens nicht mit Sicherheit zu stellen. Der Füllungsgrad der Blase und die Richtung des Wundkanales sind oft entscheidender als die Lage der äußeren Verletzung. Gallenabfluß nach außen findet selten statt und kann in geringem Maß auch allein aus Leberwunden erfolgen. Ikterus tritt meist erst nach 2—4 Tagen auf, kann aber auch manchmal fehlen: C. beobachtete ihn erst am 3. Tage. Ein intraperitonealer Gallenerguß kann nur, wenn er reichlich ist, auf eine Verletzung der Gallenblase bezogen werden. Er sammelt sich gewöhnlich, Dank des eine Scheidewand darstellenden Dünndarmgekröses, zunächst auf der rechten Seite an und steigt erst bei weiterem Anwachsen

vom Becken nach links auf, wobei häufig der gleichzeitige Bluterguß die Verteilung der Galle begünstigt. Die Entleerung der Gallenblase wird durch die eigene Kontraktilität, die Schwerkraft, die Atembewegungen und die beweglichen Nachbarorgane noch befördert. Das alles erhöht die Infektionsgefahr, so daß größere Blasenwunden bei infizierter Galle, sich selbst überlassen, in der Regel in 4 bis 5 Tagen zum Tode führen. Nur hochgradigster Chok oder andere unabweisbare Gründe werden deshalb von dem dringend nötigen Eingriff abhalten. Dem Medianschnitt mit aufgesetztem Quer- oder Schrägschnitt nach rechts zieht C. den Kehrschen Wellenschnitt vor. Die Naht der Gallenblasenwunde, ohne die Schleimhaut zu fassen, gilt ihm als das Verfahren der Wahl; nur große Wunden rechtfertigen die Abtragung der Blase. Seine Methode der gleichzeitigen Blasen-Lebernaht zwangen ihm die Verhältnisse auf; ihr Ergebnis befriedigte, trotzdem auf die gewöhnlich empfohlene zweite Nahtreihe verzichtet wurde. Das Bauchfell wird nur durch Tupfer gereinigt, das Becken vom unteren Wundwinkel oder einem besonderen Schnitt aus mitdrainiert.

Aus der Beobachtung seines Falles zieht Verf. noch den Schluß, daß Leberwunden des Menschen 4—5 Tage zur Heilung brauchen und nicht 7—8, wie Carnot, Cornil und Couteur aus Versuchen an Hunden folgerten.

Gutzeit (Neidenburg).

40) R. Bonamy. Présentation d'un volumineux sarcome du grand épiploon. Opération suivie de guérison et de non-récidive depuis 14 mois.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 6.)

Es handelt sich um eine ungeheure Netzgeschwulst von 90 cm Umfang und 10 kg Gewicht, die als Eierstocksgeschwulst diagnostiziert worden war.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

41) Hartwig. Beitrag zur Kasuistik der Chyluscysten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 284.)

Ein Mann erkrankte vor 4 Wochen mit zunehmendem Druckgefühl in der Unterbauchgegend und bemerkte daselbst seit 8 Tagen eine Geschwulst. Bei normalem Urin und entleerter Blase ließ sich zwischen Nabel und Schamfuge, dicht unter den verschieblichen Bauchdecken eine prallelastische, fluktuierende, etwas druckempfindliche Geschwulst nachweisen. Dieselbe erwies sich bei der Laparotomie als eine kindskopfgroße Cyste zwischen den Blättern des Dünndarmgekröses. Sie wurde ausgeschält, der Mesenterialschlitz genäht, und glatte Heilung erzielt.

Die glattwandige, nicht von Septen durchzogene Cyste enthielt ca. 2 Liter einer rahmigen Flüssigkeit. Die bindegewebige Wandschicht enthielt Anhäufungen von Lymphoidzellen. Nach dem histologischen Befunde handelte es sich eher um eine Entstehung aus einer mesenterialen Lymphdrüse infolge Verstopfung der Vasa efferentia als um eine Retentionscyste in Chylusgefäßen. Die paroxysmale Vergrößerung ist typisch für derartige Chyluscysten.

Stets ist ein operativer Eingriff angezeigt: ob man dabei die Ausschälung mit Vernähung des Bettes oder die Einnähung in die Bauchwand mit späterer Inzision vornimmt, wird von den Verwachsungen und der Sterilität des Inhaltes abhängig zu machen sein. **Reich** (Tübingen).

42) Lotheissen. Über Skapularkrachen.

(Med. Klinik 1908. p. 51.)

Leichte Geräusche bei Bewegungen des Schulterblattes sind nicht allzu selten; lautes Knarren, Skapularkrachen, dagegen zeigte von 18000 erwachsenen männlichen Kranken nur einer. Gegenüber Terrillon's Angaben fand L. bei einer Reihe von Versteifungen nach Entzündung oder Verletzung des Schultergelenkes nie Skapularkrachen.

L. beobachtete bei einem 42jährigen nichttuberkulösen Manne beiderseitiges Skapularkrachen, das rechts erheblich stärker war. Bei Betastung und im Röntgenbilde fand sich an den Schulterblättern keine Abweichung. Bei der Operation der rechten Seite (Hautschnitt entlang dem medialen Schulterblattrande vom oberen Winkel bis etwas unter die Spina; stumpfe Trennung des Cucullaris vom Latissimus dorsi) stieß man auf keinen Schleimbeutel; der freigelegte obere Schulterblattwinkel erschien etwas verdickt, der obere Schulterblattrand nach vorn wie eingerollt; alle Muskeln waren sehr kräftig entwickelt. Am Rande wird der Musculus supraspinatus samt der Knochenhaut abgelöst, der Knochenrand auf etwa 5 cm Breite abgemeißelt, ein Muskellappen aus dem Rhomboideus gebildet, nach vorn umgeschlagen und am Serratus angenäht. Nach 4 Wochen aktive und passive Bewegungen und Faradisation. Völlige Heilung, auch noch nach 5 Monaten.

Handelt es sich um Krachen am unteren Schulterblattwinkel, so wird bei ausgesprochen Tuberkulösen von jeder Operation abgesehen, bei den übrigen Fällen je ein 5—6 cm langer und breiter Lappen aus dem unteren Ansatz des M. rhomboideus und aus dem M. infraspinatus gebildet und damit der untere Schulterblattwinkel umkleidet. **Georg Schmidt** (Berlin).

43) **Escribano.** Quistes hidatídicos del humero.

(Rev. de med. y cir. de Madrid 1908. Nr. 1015.)

Die 30jährige Kranke hatte durch einen Fall einen Bruch des rechten Oberarmes erlitten. Alle Versuche, ihn zur Konsolidation zu bringen, waren erfolglos. Man entschloß sich schließlich zur Operation in der Absicht, die Fragmente durch Naht zu vereinigen. Da zeigte sich, daß der ganze Humerus mit kleinen Echinokokkencysten durchsetzt war; da diese sowohl bis in die proximale wie in die distale Epiphyse reichten, mußte der Arm exartikuliert werden. Die Heilung war glatt. In der ganzen Literatur sind nur 16 derartige Fälle verzeichnet.

Stein (Wiesbaden).

44) **Loison.** Mains botes par arrêt de développement du squelette.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXXIII. p. 238.)

In einem Falle bestand ulnarer Typus der Klumphand nach Fall auf die Hand im jugendlichen Alter, in den beiden andern Fällen radialer Typus. Auch in dem einen dieser Fälle konnte ein Trauma als Ursache angesprochen werden; im zweiten Falle blieb die Ursache unbekannt. Ein Röntgenogramm erläutert die genaueren Verhältnisse. **Kaehler** (Duisburg-M.).

45) **A. Cuneo.** Sulla pseudo-artrosi di Hoffa.

(Arch. di ortopedia XXIV. 5—6. 1907.)

Verf. konnte sieben Pat. längere Zeit beobachten, nachdem sie in vorgerückterem Alter wegen einer angeborenen Hüftverrenkung und der mit dieser verbundenen Beschwerden in Behandlung gekommen und von Galeazzi unter Bildung einer Pseudarthrose nach Hoffa operiert worden waren. Die Technik war die von Hoffa angegebene; nur wurde das Gelenk von vornher freigelegt und die verschiedenen Wundschichten primär vernäht.

Die Beobachtungen ergaben, daß die arthritischen Schmerzen nach der Operation völlig verschwanden; die Hüftdeformitäten besserten sich ebenso wie die statischen Verhältnisse, da der Oberschenkel am Becken eine festere Stütze fand. Die Lumballordose zeigte nur wenig Besserung; in einigen Fällen kam es zu Flexionskontraktur mit Außenrotation, die erst nach langer Behandlung und auf Kosten der Beweglichkeit des Gelenkes behoben werden konnte. In allen operierten Fällen kam es zu einer Verkürzung, während ein bewegliches Gelenk nur in wenigen Fällen erzielt wurde.

Demzufolge kommt C. zum Schluß, daß die Operation nur dann gerechtfertigt ist, wenn sehr schwere Funktionsstörungen vorliegen; die von Hoffa erwartete Besserung der Beweglichkeit tritt nur selten ein, so daß die Operation nur bei

einseitiger Erkrankung vorgenommen werden kann. Die unblutige Reposition nach Lorenz ist der Hoffa'schen Pseudarthrose vorzuziehen; wenn der erstgenannte Eingriff unmöglich ist, so dürfte die blutige Reposition nach Codivilla in Frage kommen. **Strauss** (Nürnberg).

46) **F. K. Weber.** Zur Frage von der Ätiologie der Coxa vara.
(Russki Wratsch 1908. Nr. 4.)

3 Fälle: 1) 13jähriges Mädchen fiel beim Schlittschuhlaufen und verletzte den rechten Oberschenkel. Nach einigen Tagen Osteomyelitis des oberen Teiles der Femurdiaphyse; Fieber $1^{1}/_{2}$ Monate lang, keine Fisteln. Darauf entwickelte sich eine Coxa vara. Röntgenuntersuchung: Hals und Kopf normal, Femurdiaphyse oben verdickt, unterhalb des Trochanter major eingebrochen; Winkel zwischen Femur und Hals = 80°. Es handelte sich also um pathologische Fraktur nach osteomyelitischer Knochenerweichung. — 2) Frau mit schwerer Osteomalakie. Beide Schenkelhälse nach unten, nicht nach hinten verbogen. Eierstöcke normal. Schilddrüse interalveolär kleinzellig infiltriert, ihre Epithelien degeneriert, stellenweise ganz geschwunden. Alle Knochen weich wie Wachs. — 3) 16jähriger Jüngling, seit 4 Jahren sehr fettleibig, Gesicht und Hals gedunsen, wie bei Myxödem. Beiderseits Coxa vara. Orthopädische Behandlung beseitigte das alles. 6 Jahre später ist Pat. ganz gesund; nur stehen die Trochanteren etwas hoch und sind die Oberschenkel übermäßig nach außen rotiert. Am Halse sind nicht die geringsten Spuren einer Schilddrüse zu fühlen. Also: Atrophie der Schilddrüse, infolgedessen eine besondere Art Verfettung, ähnlich dem Myxödem, und Erweichung beider Femurhälse osteomyelitischen Charakters. W. verwirft die Theorie einer selbständigen Coxa vara adolescentium infolge Überlastung ohne Veränderung der Knochensubstanz. Er schreibt der Osteomalakie in der Ätiologie der Coxa vara eine große Rolle zu. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

47) **Meisenbach.** Lipoma arborescens of the knee joint.
(Buffalo med. journ. 1908. März.)

M. konnte in mehreren Fällen von Lipoma arborescens des Kniegelenkes auch im Röntgenbilde die lipomatösen Wucherungen nachweisen. In drei der vier von M. mitgeteilten Fällen wurden die Wucherungen der Synovialis mit gutem Erfolge bezüglich der späteren Kniegelenksfunktion entfernt. Ein im Röntgenbilde vorhandener leichter Schatten entsprach bei dem ersten Pat. einem gestielten derben, vom Lig. alare ausgehenden Lipom, während die diffusen lipomatösen Wucherungen der Synovialis bedeutend weicher waren. Bei dem zweiten Pat. zeigte das Röntgenbild unregelmäßige Schatten überall im Gelenk; bei der Operation fand sich außer typischem Lipoma arborescens ein freier Gelenkkörper, der vermutlich aus einer vergrößerten Synovialiszotte entstanden war. Bei der dritten Pat. ergab die Operation außer diffusem Lipoma arborescens eine Exostose des äußeren Condylus femoris, durch welche eine Einklemmung der verdickten Synovialisfalten verursacht wurde; außerdem zeigt die Gelenkfläche der Kniescheibe keine stachelige Exostosen. Nach Entfernung der Knochen- und Synovialiswucherungen Heilung mit voller Funktion des Gelenkes. **Mohr** (Bielefeld).

48) **Giribaldo.** Un caso de mallomegalia: hipertrofia congenita del segundo dedo del pie derecho.
(Revista med. del Uruguay 1907. Nr. 7.)

Mitteilung eines Falles von kolossaler Hypertrophie der zweiten rechten Zehe bei einem 7jährigen Mädchen, die alle bisher publizierten ähnlichen Fälle weit übertrifft. Die Länge der betreffenden Zehe betrug 15 cm (gegen 3 cm der anderen Seite), ihr Umfang war 10 cm (gegen 3 cm an der anderen Seite). Die Zehe war hakenförmig nach dem Fußrücken umgebogen. **Stein** (Wiesbaden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 20. Sonnabend, den 16. Mai 1908.

Inhalt.

Aus der chirurgischen Klinik und Poliklinik zu Greifswald.
Direktor: Prof. Dr. Payr.

Zur Frage der Sensibilität der Bauchorgane.

Von

Prof. Dr. Carl Ritter.

Bekanntlich ist die von Lennander in mehreren ausgezeichneten Arbeiten begründete und allgemein anerkannte Lehre von der Sensibilität der Bauchorgane durch eine vor kurzem erschienene Mitteilung von Meltzer und Kast in Frage gestellt.

Lennander war auf Grund seiner Untersuchungen am Menschen zu dem Schluß gekommen, daß zwar das Peritoneum parietale sehr schmerzempfindlich ist, daß aber die Bauchorgane sowohl in normalem als auch in entzündetem Zustande weder für Berührung, noch für Kälte und Wärme, noch für Schmerz empfindlich sind. Die Erkrankungen der Bauchhöhle werden erst dann schmerzhaft, wenn das Peritoneum parietale durch Dehnung oder Zerrung gereizt oder durch Übergreifen der Entzündung, z. B. durch Lymphangitis, auf das Peritoneum parietale selbst in Mitleidenschaft gezogen wird.

Demgegenüber kamen Meltzer und Kast, die an Hunden und Katzen experimentierten, zu dem Resultat, daß nicht nur die Empfindlichkeit für Schmerzeindrücke in normalen Bauchorganen vorhanden sondern sogar in entzündeten erheblich erhöht ist. Wenn bisher die Bauchorgane bei den Operationen unter Lokalanästhesie schmerzlos gefunden wurden, so liegt das nach ihrer Ansicht in der Verwendung des Kokains, da eine subkutane oder intramuskuläre Injektion einer schon relativ kleinen Dosis von Kokain genügt, um die Empfindlichkeit in normalen und entzündeten Eingeweiden vollkommen aufzuheben.

Wie zu erwarten war, haben diese Versuche verschiedentlich dazu geführt, noch einmal die Frage der Sensibilität der Bauchhöhle zu prüfen. Aber schon mehren sich die Mitteilungen, die Zweifel an der Bedeutung der Versuche von Meltzer und Kast aussprechen.

So beobachtete Beer[1], daß man bei großen und alten Hernien ohne Schmerzäußerung im Gegensatz zum parietalen am visceralen Peritoneum manipulieren kann und Haim[2] konnte ebenso beim Menschen, wenn er nur einige Tropfen einer Billrothmischung zur schmerzlosen Durchtrennung der Bauchdecken und Vorlagerung des Magens und Dünndarmes gegeben hatte, das vollkommene Fehlen irgendeines Gefühlsinnes für Magen, Gallenblase, Leberoberfläche bei vollem Bewußtsein des Pat. feststellen. Fürs Tier aber konnte Müller[3] die Resultate von Meltzer und Kast nicht bestätigen.

Diesen Mitteilungen gegenüber möchte ich aber zur Vorsicht mahnen. So einfach liegen die Dinge nun doch nicht.

Was zunächst die Tierversuche anbetrifft, so bin ich auf Grund von zahlreichen eigenen Versuchen zu durchaus anderen Ergebnissen als Müller[3] gekommen.

Durch Zufall bin ich auf diese Frage geführt worden. Bei Enteroanastomosen, die ich zu anderem Zweck ausführte, machte ich die für mich damals höchst auffallende Beobachtung, daß der Hund, obwohl er in Morphiumnarkose schlief, bei jedem Stich am Dünndarm wie am Dickdarm laut aufschrie. Nicht die leiseste Manipulation war ohne ein Stöhnen oder Aufschreien des Tieres möglich. Diese Schmerzempfindlichkeit war so groß, daß sie bei der Naht sehr störte. Ich habe deshalb auch nur 2mal — 17. Oktober und 20. Oktober — bei diesen Versuchen den Morphiumrausch benutzt, weiterhin sie aber stets nur unter Äthernarkose ausgeführt.

Als ich dann später die Widerstandsfähigkeit eines größeren Darmabschnittes gegen künstliche Ernährungsstörungen dadurch zu erhöhen suchte, daß ich nicht plötzlich, sondern allmählich die Gefäßzufuhr abschnitt (Versuche, die Herr Dr. Esau vor kurzem in seiner Arbeit angeführt hat), machte ich die gleiche Beobachtung des

[1] E. Beer, A note of the sensibility of the human visceral peritoneum. New York med. record 1907. Oktober 5.

[2] Haim, Zentralblatt für Chirurgie Bd. XXXV. p. 337. 1908.

[3] L. R. Müller, Über die Empfindungen in unseren inneren Organen. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1908. p. 600.

intensiven Gefühls bei der Unterbindung der Mesenterialgefäße, wenn das Tier sich im Morphiumschlaf befand.

Ich konnte daraus nur entnehmen, daß offenbar das Tier in der Bauchhöhle doch Gefühl besitzt, und bin dann deshalb dieser Frage noch einmal systematisch nachgegangen[4]. Ich benutzte Hunde und Kaninchen. Da ich die obigen Beobachtungen im Morphiumrausch gemacht hatte, so habe ich auch die meisten Untersuchungen in Morphiumnarkose vorgenommen. Den Tieren wird etwa $^1/_2$—1 Stunde vor der Operation 1 ccm einer 4%igen Morphiumlösung subkutan injiziert, sie schlafen danach gewöhnlich oberflächlich, reagieren aber auf jede Reizung. (Bei sehr aufgeregten ängstlichen Tieren wirkt das Morphium nur etwas beruhigend.) Dieser Morphiumschlaf ist die beste Untersuchungsmethode und die humanste. Ich habe auch andere Methoden versucht. So benutzte ich leichte Äthernarkose bzw. Ätherrausch zur schnellen schmerzlosen Durchtrennung der Bauchdecken und zum Hervorholen der Baucheingeweide. Es geht auch damit zuweilen, wenn wirklich die Narkose ganz oberflächlich gewesen ist, und wenn man so lange wartet, bis das Tier wirklich vollkommen erwacht ist. Nur ist die Schmerzleitung oft deutlich verlangsamt. Ich rate aber nicht dazu. Die Methode ist ganz unsicher, und ich kann ihr daher im allgemeinen gar keine Beweiskraft für die Sensibilität der Bauchhöhle zuerkennen. Obwohl das Tier oft anscheinend wach war, zeigte es öfter weder Sensibilität der Bauchorgane noch des Peritoneum parietale, über dessen Schmerzempfindlichkeit doch nicht der mindeste Zweifel besteht. Dagegen gelingt es ebenso gut wie im Morphiumrausch ohne jede Narkose die Schmerzempfindlichkeit zu beobachten. Nur ist diese Art der Untersuchung nicht sehr human und zuweilen auch nicht sehr rationell, da die Tiere schließlich eine solche gehäufte Schmerzempfindung haben, daß sie sich überhaupt nicht mehr beruhigen.

Ich rate deshalb, die Untersuchung in Morphiumschlaf vorzunehmen. Man macht dann schnell die Laparotomie, holt eine Darmschlinge hervor und wartet nun kurze Zeit, bis das Tier sich von dem ersten Schmerz erholt hat und ganz ruhig daliegt.

Nimmt man jetzt den Darm zwischen die Finger, oder faßt man ihn mit einer Hakenpinzette, oder noch besser quetscht man ihn mit Finger oder Pinzette, so sieht man sofort, daß das Tier den Kopf hebt, sich umwendet, stöhnt oder aufschreit.

Ein Schneiden der Darmwand, ein Durchstechen mit einer Nadel ist stets mit einer besonders lebhaften Schmerzäußerung vermacht. Ebenso wird Klopfen des Darmes sofort mit Reflexbewegung des Kopfes beantwortet, während Beklopfen der Bauchwand von außen nichts derartiges hervorruft. Alle diese Schmerzäußerungen treten sofort und jedesmal auf. Ich bemerke dabei ausdrücklich, daß ein

[4] Die Versuche, die noch weiter ausgedehnt werden sollen, werden demnächst ausführlich wiedergegeben werden.

Ziehen und Zerren am Mesenterium vollkommen vermieden werden kann.

Die Empfindlichkeit läßt nach, sobald der Darm längere Zeit vor der Bauchhöhle gelegen hat und austrocknet, bleibt aber für stärkere Reize stets erhalten. Ein neuer, frisch hervorgezogener Darm zeigt allerdings am besten die Reaktion auf die verschiedenen Reize.

Einfache Berührung des Darmes mit stumpfer Nadel wird anscheinend nicht empfunden. Oder ist der Reiz zu gering im Vergleich zu dem starken Reize der kalten Luft, dem die Darmschlinge ausgesetzt ist? Ebensowenig wird Vereisung mit Chloräthyl empfunden. Dagegen wird die Berührung mit dem Thermokauter zuweilen sofort deutlich beantwortet. Sobald der Thermokauter tiefer in die Muscularis dringt, ruft er stets sehr lebhaften Schmerz hervor. Hineinstopfen von Darmschlingen ist auch dann sehr schmerzhaft, wenn das Peritoneum parietale dabei nicht berührt wird. Wenn man dabei Kneifen der Darmwand vermeidet, ist es allerdings möglich, ohne größere Schmerzäußerung kurze Darmstücke in die Bauchhöhle hineinzubringen. Man muß dabei aber sehr vorsichtig und langsam zu Werke gehen. Berührung des Darmes mit zwei Nadelelektroden eines kleinen Induktionsapparates ruft starken Schmerz hervor.

Die gleiche Empfindlichkeit wie der Dünndarm zeigen Appendix, Dickdarm und Magen. Ob Milz, Leber, Pankreas die gleiche Empfindung besitzen, kann ich nicht sagen. Jedenfalls reagiert das Tier auch auf Berührung der Milz und des Netzes mit dem elektrischen Strom genau so wie bei der des Magendarmes sehr deutlich.

Ob ferner das Peritoneum viscerale an sich wirklich schmerzempfindlich ist, ist mir fraglich. Durchschneidung des Mesenterium an gefäßlosen Stellen ruft keine Reaktion hervor.

Man kann nach alledem dem Tier eine gewisse Sensibilität in der Bauchhöhle nicht absprechen. Wer aber diesen Versuchen trotzdem skeptisch gegenübersteht, und man kann bei widerstreitenden Meinungen nur mit großer Skepsis an diese Frage herangehen, dem rate ich, einmal die Unterbindung eines Mesenterialgefäßes vorzunehmen.

Es ist schon sehr auffallend, wie die schmerzhaften Empfindungen an den Bauchorganen jedesmal in der Nähe der Gefäße am stärksten sind, offenbar deshalb, weil mit den Gefäßen auch die Nerven verlaufen. Der Vergleich bei Betupfen einer gefäßlosen Darmpartie und eines Darmwandgefäßes mit dem Thermokauter ist besonders lehrreich.

Am auffallendsten ist aber die Beobachtung bei Unterbindung eines Mesenterialgefäßes:

Man legt die Dünndarmschlinge auf einen Gazestreifen, schneidet dann mit einer kleinen feinen Schere rechts und links von dem Gefäß das gespannte Mesenterium durch und zieht nun unter Arterie und Vene ganz vorsichtig zwei Fäden hindurch. Knüpft man jetzt den zentralen Faden, was ohne jeden Zug am Mesenterium gelingt, so zuckt das Tier momentan zusammen, schreit plötzlich laut

auf, wendet den Kopf nach der operierten Seite, krümmt sich vor Schmerz und will oft vom Operationstisch herunter. Der Versuch gelingt stets auch bei Därmen, die lange vor der Bauchwand gelegen haben. Knotet man dagegen jetzt den peripheren Faden, so tritt nicht das Mindeste ein. Hier ist also offenbar die Nervenleitung unterbrochen.

Umgekehrt stöhnt das Tier sofort auf, wenn das periphere Ende zuerst und schreit von neuem, wenn das zentrale zuletzt unterbunden wird. Hier war die Nervenleitung zum Gehirn auch nach Knoten des peripheren Fadens erhalten.

Diese Versuche sind auch ein guter Beweis dafür, daß das Ziehen des Mesenteriums hierbei keine Rolle spielt. Denn dann müßte auch, wenn der periphere Knoten zuletzt geknüpft wird, Schmerz eintreten. Man kann aber, wie ich schon betont habe, das Ziehen des Mesenteriums ganz vermeiden. Andererseits wird Zerrung am Mesenterium nach meinen Beobachtungen bei weitem nicht so schmerzhaft empfunden, wie die Unterbindung der Gefäße.

Diese Sensibilität der Gefäße ist nun nicht nur am Mesenterium vorhanden, sondern auch am Dickdarm und an sämtlichen Gefäßen des Magens; desgleichen an den Gefäßen der Milz.

Ebenso ist die Unterbindung eines Netzzipfels stets sehr schmerzhaft.

Nach alledem kann ich nur sagen, daß auch die Bauchorgane des Tieres Sensibilität besitzen.

Ich habe dann weiter geprüft, ob wirklich das Kokain in der Schleich'schen Infiltration imstande ist, diese Schmerzempfindlichkeit herabzusetzen. Nachdem ich am selben Tier zunächst die Sensibilität in der Bauchhöhle festgestellt hatte, spritzte ich subkutan und intramuskulär Braun'sche Lösung (um jeden anderen störenden Zusatz zu vermeiden Kokain 0,1, physiologische Kochsalzlösung 100,0) in der Ausdehnung, wie man eine Infiltrationsanästhesie zur Eröffnung der Bauchhöhle machen würde. Ich habe die Versuche oft wiederholt. Zunächst war danach an den Organen der Bauchhöhle nichts Besonderes nachweisbar. Erst nach 10 Minuten und länger ist die Empfindlichkeit scheinbar geringer. Dann tritt selbst auf starke Reize (Unterbindung eines Gefäßes) nur ganz geringe Zuckung des Kopfes ein und schließlich fühlt das Tier nicht das allermindeste mehr. Das Tier liegt jetzt auffallend ruhig. Weder Reizung des Peritoneum parietale oder Zug am Mesenterium noch Malträtieren des Darmes oder Unterbindung von Gefäßen und Netz ruft irgend eine Reaktion am Tier hervor. Besonders auffallend ist im Gegensatz zu früher die vollkommene Gleichgültigkeit des Tieres selbst gegen Hineinstopfen eines großen Darmschlingenkonvoluts. Die Bauchdecken sind dabei ohne jede Spannung.

Kein Tier ist übrigens bei diesen Versuchen zugrunde gegangen, bei keinem traten Vergiftungserscheinungen auf.

Da es möglich war, daß das Kokain rein lokal gewirkt hatte, betupfte ich eine vor der Bauchhöhle liegende Darmschlinge längere

Zeit mit Braun'scher Lösung, erreichte auch eine vollkommene Anästhesie. Als ich aber dann eine frische Darmschlinge hervorholte, war auch sie wie die ganze Bauchhöhle anästhetisch.

Ich kann also auch die Beobachtung von Meltzer und Kast bestätigen, daß das Kokain bei dem Tier recht rasch resorbiert wird und dann allgemein wirkt.

Wenn nach diesen Versuchen der Schmerz in der Bauchhöhle empfunden und dem Gehirn mitgeteilt wird, so war es von vornherein wahrscheinlich, daß das nur auf dem Wege des Rückenmarkes geschehen kann, und zwar unter Vermittlung der Verbindungsfasern des Sympathicus mit den sensiblen Bahnen.

Um das zu beweisen, habe ich bei mehreren Tieren vorher das Rückenmark durchschnitten. Geschieht das an der Grenze zwischen Brust- und Bauchhöhle, so bleibt die Bauchhöhle empfindlich. Durchtrennt man aber höher, etwa in Höhe der Schulterblattspitze, so ist jetzt die Bauchhöhle genau so wie die Bauchdecken vollkommen empfindungslos. Damit scheint mir diese Frage erledigt zu sein. Durch den verschiedenen Ausfall der Rückenmarksdurchtrennung ist zugleich bewiesen, daß nicht etwa die Chokwirkung der Rückenmarksdurchtrennung selbst für die nachträgliche Gefühlslosigkeit der Bauchhöhle als Ursache herangezogen werden kann.

Wenn ich nun ebenso wie Meltzer und Kast zu dem Schluß komme, daß man der Bauchhöhle die Sensibilität nicht absprechen kann, so möchte ich nicht gleich so weit gehen, diese Versuche nun auch für den Menschen als bindend anzusehen.

Für das Tier entscheidet das Tierexperiment, für den Menschen nur der Versuch am Menschen. Es ist sehr wohl möglich, daß das Tier sich recht wesentlich vom Menschen unterscheidet. Aber auch für den Menschen möchte ich vor voreiligen Schlüssen aus wenigen Beobachtungen warnen. Beobachtungen, die an vorher narkotisierten Menschen gemacht sind, halte ich nach den Erfahrungen am Tier nicht für beweisend. Ebensowenig Beobachtungen am vorgelagerten Darm, den man nicht gleich, sondern nach 12 oder 24 Stunden eröffnet. Denn der Darm leidet durch längeres Liegen an der Luft in seiner Empfindlichkeit. Beobachtungen durch die Bauchdecken hindurch beweisen noch weniger. Wenn man z. B. durch dünne Bauchdecken hindurch den Darm schlägt und keinen Schmerz auftreten sieht, so ist deshalb der Darm nicht ohne weiteres sicher empfindungslos. Man berührt dabei, ohne daß es weh tut, auch das Peritoneum parietale, das sicher schmerzempfindlich ist. Man wird daher viel subtiler und unter viel größerer Vermeidung von Fehlerquellen untersuchen müssen.

Ganz besonders rate ich, hier die Unterbindung von Gefäßen in der Bauchhöhle als Prüfstein für die Sensibilität zu verwenden.

Daß die Bauchhöhle auch beim Menschen nicht empfindungslos ist, dafür gibt es doch hier und da einige Andeutungen. Ich verweise hier auf Bier's Nachtrag zu seinem Kollateralkreislauf, der

besonders das Abbinden des Gekröses schmerzhaft fand (was aber Lennander unter allgemeiner Anerkennung auf Zug am Mesenterium bezog) und ferner auf die interessante, vor kurzem erschienene Arbeit von Müller hin, der sich durchaus nicht ohne weiteres den Anschauungen Lennander's anschließt, und schließlich auf die Schwierigkeiten, die sich bei Lennander's Auffassung der Erklärung der Schmerzen in Bauchorganen entgegenstellen, und auf die besonders Wilms hingewiesen hat. Ich selbst habe in zwei Fällen am nicht narkotisierten Menschen sowohl beim sehr früh geöffneten vorgelagerten Darm, als auch beim Fassen von Darmschlingen mit der Pinzette deutliches Schmerzgefühl eintreten sehen.

---

1) **Gaudiani.** I germi anaerobi nelle suppurazioni.

1908.

Anaerobe Keime wurden fast regelmäßig bei gashaltigen Abszessen, Perforationsperitonitiden und Urininfiltrationen gefunden und verursachten den eigenartigen Gestank dieser Affektionen. Bis auf wenige Formen, die regelmäßiger angetroffen werden, ist es nicht möglich, bisher die Spezifizität der Keime zu beweisen. Die isolierten Anaeroben waren häufig wenig virulent, erlangten aber eine erhebliche Virulenz, wenn sie zusammen mit anderen Bakterien injiziert wurden in jenen Verhältnissen, wie sie sich auch beim Menschen vorfinden.

Dreyer (Köln).

---

2) **T. Chutaro.** Experimentelle Untersuchungen über Knochentransplantation.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 80.)

Um die Frage zu entscheiden, ob bzw. wie lange ein unversehrtes Knochenstück in anderem Körpergewebe seine Lebensfähigkeit behalten kann, und ob Knochenneubildung allein aus dem eingepflanzten Knochenstück entsteht, wurden Schwanzwirbelknochen von Hunden und Kaninchen samt ihrem Periost und den daranhängenden Weichteilen den Versuchstieren in die freie Bauchhöhle eingepflanzt. Die Schicksale der verpflanzten Knochen wurden in Zeiträumen von 3 bis 130 Tagen nach der Operation untersucht. Es ergab sich hierbei, daß bei 110—130 Tage alten Präparaten ein vollständiger Untergang von Knochensubstanz erst stattgefunden hatte, daß aber bis zu 95 Tagen alte noch deutlich teilweise Vitalität zeigten. Solche teilweise erhaltene Vitalität des Knochens hatte einen günstigen Einfluß auf die Einheilung. Die Resorption des eingepflanzten Knochenstückes geschah gewöhnlich unter dem Auftreten von Riesenzellen und Lakunen; mitunter ging sie jedoch auch ohne diese von statten. Die Knochenneubildung ging stets vom Periost und Knochenmark aus; die Knochenzellen waren ohne Einfluß auf sie. Es empfiehlt sich daher für Implantation von Knochen zu Heilzwecken stets die Entnahme eines

Knochenstückes mit allen ernährenden Bestandteilen. Am längsten lebensfähig erwiesen sich Mark und Epiphysenknorpel.

Doering (Göttingen).

3) **A. Margulies.** Zur Frage der Regeneration in einem dauernd von seinem Zentrum abgetrennten peripherischen Nervenstumpf.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 94.)

Um durch eigene Untersuchungen zu der Streitfrage Stellung zu nehmen, ob die Nervenregeneration von der Ganglienzelle allein ausgehe, oder ob bei diesem Prozeß auch eine Tätigkeit der dem peripherischen Nerven von Anbeginn zugehörigen Nervenzellen, den sog. Schwann'schen Zellen, zu konstatieren sei, resezierte M. bei Kaninchen ein 2 cm langes Stück des Ischiadicus und untersuchte die Nervenstümpfe, nachdem die Tiere in Zeitabständen von 1—240 Tagen getötet waren. Seine Resultate sind kurz folgende. Nach der Durchschneidung eines peripheren Nerven treten im distalen Stumpf die bekannten Degenerationserscheinungen auf. Die Schwann'schen Zellen bilden durch Vermehrung und Massenzunahme ein neues, spezifisches Fasergewebe. In diesem unfertigen Zustande verharrt aber der Nerv, wenn er dauernd vom Zentrum abgetrennt bleibt; vollwertig wird er nur bei Wiederherstellung der Verbindung mit dem Zentrum. Autogene Regeneration, d. h. Bildung vollwertiger Nerven, findet im dauernd abgetrennten Stumpf bei erwachsenen Tieren nicht statt. Jede Nervenregeneration ist ein autonomer Wachstumsvorgang, insofern als die anatomische Grundlage des Nerven von den Schwann-schen Zellen aufgebaut wird. Es kommt unter allen Umständen autonom, auch ohne Einfluß der Ganglienzelle, zu einer Regeneration, aber sie ist unvollständig und bedarf zur vollen Ausbildung der typischen Nervenform der funktionellen Inanspruchnahme. Die Regeneration des peripherischen Nervenstumpfes zum vollwertigen Nerven erfolgt nicht durch Einwachsen zellenloser Fortsätze der Ganglienzelle; autonome Regeneration der Schwann'schen Zellen bildet das neue Gewebe; diesem kommen dann durch Verbindung mit dem Zentrum die funktionellen, den regenerierten Nerven zu einer vollwertigen Form ausgestaltenden Reize.

Doering (Göttingen).

4) **Dessauer** und **Wiesner.** Leitfaden des Röntgenverfahrens. Dritte umgearbeitete und vermehrte Auflage.

Leipzig, **O. Nemnich,** 1908.

Das allen Röntgenologen bekannte Buch erscheint nach 4 Jahren bereits in dritter Auflage. Gegenüber manchen anderen Lehrbüchern des Röntgenverfahrens enthält es sehr eingehende Erklärungen des physikalischen und technischen Teiles.

Außer den Verff. sind verschiedene bekannte andere Autoren an dem Werke beteiligt: Hildebrand, Hoffmann, Hoffa, Blencke

und Holzknecht. Letztere haben hauptsächlich den medizinischen Teil des Buches bearbeitet.

Die einzelnen Kapitel enthalten alles notwendige, ohne sich in der Beschreibung der unzähligen Apparate zu verlieren.

Gaugele (Zwickau).

---

5) A. Thorndike. A manual of orthopedic surgery. 401 S. 191 Abbild.

Philadelphia, P. **Blakistons Sohn & Co.**, 1907.

Der kurze Leitfaden ist bestimmt zur Einführung in die Orthopädie. Die Gruppierung des Stoffes ist nach ätiologischen und chronologischen Gesichtspunkten vorgenommen; sie erscheint trotz mancher Schwierigkeiten, die sich daraus für die Darstellung ergeben, wohl geeignet. Die Deformitäten, die durch Narbenbildungen an den Extremitäten erzeugt werden, sind übergangen.

Der außerordentlich umfangreiche Stoff bedingt, daß T. sich vielfach nur mit kurzen Hinweisen begnügen muß; um so wichtiger ist es, daß die persönliche Erfahrung noch mehr in den Vordergrund gestellt wird.

Den Beschluß des Werkes bilden zwei Kapitel, in denen die Gipstechnik und die orthopädischen Apparate beschrieben werden.

Ein besonderer Vorzug des Werkes ist die klare, übersichtliche Darstellung. Die Abbildungen sind sorgfältig gewählt.

Kranepuhl (Kassel).

---

6) O. Thilo (Riga). Orthopädische Technik.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. IV. Hft. 2 u. 3.)

Die fleißige Arbeit umfaßt 83 Seiten mit 7 Abbildungen im Text und 137 Abbildungen auf Tafeln und soll uns in Wort und Bild Verf.s Technik vor Augen führen, die er selbst zum größten Teil als eine Drahttechnik bezeichnet. Sie bietet namentlich dem praktischen Arzte die Möglichkeit, sich selbst Schienen, Korsette und alle möglichen Übungsvorrichtungen herzustellen. Auf die einzelnen Behandlungsmethoden, die lesenswert sind, einzugehen, würde über den Rahmen eines einfachen Referates hinausgehen. **Hartmann** (Kassel).

---

7) Radmann. Chirurgische Behandlung bei epidemischer Genickstarre.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

R. setzt auseinander, daß schon aus theoretischen Gründen chirurgische Maßnahmen im allgemeinen bei der epidemischen Genickstarre keinen Erfolg versprechen, da es sich nicht um eine lokale Eiterung handelt, vielmehr die Allgemeininfektion das Krankheitsbild beherrscht; und gegen diese sei die lokale Beeinflussung der Entzündungsprodukte in den Meningen machtlos. Die Statistik spricht für diese Ansicht; denn $^1/_3$ der Erkrankten kommt ohne chirurgische

Behandlung zur Heilung, während die Operierten kaum diesen Heilungsprozentsatz erreichen; in den Krankenhäusern, in welchen keine chirurgischen Eingriffe gemacht wurden, war die Sterblichkeit am niedrigsten.

Eine Ausnahme macht in chronisch verlaufenden Fällen der Hydrocephalus. Diesen zu beseitigen, dürfte in der Tat von Vorteil sein. R. führte dazu die Drainage beider Seitenventrikel in zwei Fällen aus, ohne freilich die Kranken retten zu können, und empfiehlt, gleichzeitig noch den 4. Ventrikel durch Eröffnung des Lig. atlanto-occipitale zu drainieren. Die Gefahr dieser Drainage besteht in der Sekundärinfektion bei der Nachbehandlung. Um diese zu vermeiden, brauchte Verf. zur Drainage kleine 4 cm lange Silberdrahtgestelle, in welche parallel gelegte Baumwolldochtfäden eingelegt waren; durch sukzessives Herausziehen der Fäden gelang es, den Abfluß wieder herzustellen, wenn eine Verstopfung eingetreten war.

Haeckel (Stettin).

---

8) **F. Riedl.** Granulationsbehandlung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Die Schwierigkeiten in der Behandlung großer Granulationsflächen veranlaßten den Verf. zu einem Versuche mit dem als Hausmittel bekannten Leinöl. Es ergab sich, daß dabei die Granulationen sehr rasch dünner, trockener werden, sich sehr schnell überhäuten, und daß die Narben geringere Neigung zu Retraktion zeigen. Nebenbei haben diese Verbände den Vorzug der Einfachheit und Billigkeit; es wird einfach Mull mit sterilem Leinöl getränkt, mit undurchlässigem Stoffe bedeckt und mit Binde befestigt, der Verband zweimal täglich gewechselt. Bei sehr frischem Öle scheint eine Sterilisation nicht einmal nötig zu sein.

Renner (Breslau).

---

9) **Creite.** Zur Therapie des äußeren Milzbrandes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Auf Grund von 13 mit ausgezeichnetem Erfolge behandelten Fällen aus der Braun'schen Klinik hält C. ausgedehnte Operationen, wie Exzision und Kauterisation, zur Heilung des äußeren Milzbrandes nicht für nötig. Er empfiehlt Suspension des erkrankten Gliedes und Umschläge mit essigsaurer Tonerde.

Borchard (Posen).

---

10) **W. T. Dannreuther.** The surgical value of jodine.

(New York med. record 1908. Januar 25.)

D. hält eine begeisterte Lobrede auf die Jodtinktur und verwendet das Mittel in ausgedehntem Maße, äußerlich bei allen möglichen Entzündungszuständen, prinzipiell bei den gewöhnlichen Fleischwunden des Schädels, wie solche die tägliche poliklinische Praxis in reichlicher Zahl mit sich bringt. Nach der üblichen Desinfektion dieser meist verunreinigten Wunden soll die Aufträufelung von Jodtinktur außerordentlich die primäre Wundheilung befördern. Bei

schlaffen Granulationen und torpiden Geschwüren sei Jodoform nicht ebenso wertvoll. — Eine 1%ige wäßrige Jod-Jodkalilösung dient zur Sterilisation der Hände; nach bakteriologischen Untersuchungen genüge schon ein Zeitraum von 1/2 Minute. Die Desinfektion des Operationsfeldes, das Jodcatgut, die Irrigation der Bauchdeckenwundflächennaht des Peritoneums nach vorheriger Laparotomie, wie Goelet vorschlug, mit einer dünnen wäßrigen Lösung (1 g Tinktur auf 250 g Wasser) wird für zweckmäßig erachtet. In der Gynäkologie und Geburtshilfe sei ebenfalls ein reichliches Feld der Anwendung. Schließlich wirkt eine Lösung von 1 : 4000 Gonokokken tötend.

Loewenhardt (Breslau).

---

11) **Schlesinger.** Zur Injektionstherapie der Neuralgien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 6.)

S. verwendet auf 0° durch Einsetzen des dünnwandigen Gefäßes in ein Gemisch von kleingeschlagenem Eis, Viehsalz, Ammoniak abgekühlte physiologische Kochsalzlösung zur Einspritzung bei Neuralgien. Die Injektion erfolgt nach Bildung einer anästhetischen Hautquaddel tief in das Gewebe unter ständiger langsamer Einspritzung der kalten Lösung. Die erzielten Resultate sind gut. **Borchard** (Posen).

---

12) **Sehrt.** Die histologischen Veränderungen des in menschliches Gewebe injizierten Paraffins.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LV. p. 601.)

Nach einer zusammenfassenden Darstellung der bisherigen histologischen Untersuchungen über das Schicksal des in menschliches Gewebe injizierten Paraffins schildert Verf. den Befund, den er an den Paraffingeschwülsten aus der Wange einer Pat. (es war vermutlich Hartparaffin) erheben konnte.

Das Paraffin findet sich in den Hohlräumen zwischen alveolär angeordnetem Bindegewebe. Die Wand der Alveolen, in denen das Paraffin deutlich erkennbar liegt, ist von epitheloiden Zellen ausgekleidet, zwischen denen sich zahlreiche Riesenzellen befinden, die Ausläufer in das Paraffin ausschicken und dieses zerteilen.

Das Paraffin wird maschenförmig von oft bizarr angeordneten Bändern durchzogen, welche die Einwucherung von epitheloiden Zellsträngen und Zellgewebszügen vorbereiten. Diese Bänder bestehen aus unzähligen feinsten Fettröpfchen. In einem späteren Stadium sind die Paraffinalveolen von einem aus epitheloiden und Riesenzellen bestehendem Gewebe ausgefüllt, dessen Zellen zahlreiche Fettröpfchen enthalten. Letztere entstehen vermutlich weder durch Oxydation des Paraffins, noch durch fettige Gewebsdegeneration, sondern stammen von fettreichen Gewebssäften, die vom Paraffin eingeschlossen werden.

Das in dem Hartparaffin enthaltene Fett, das von eingewanderten Zellen resorbiert wird, macht das schwer resorbierbare Präparat zu einem leichter resorbierbaren. Die Organisation des Weichparaffins

erfolgt noch rascher und stürmischer, aber auch von den Injektionen mit Hartparaffin läßt sich vom histologischen Standpunkt aus ein dauernder kosmetischer Erfolg nicht erwarten. **Reich** (Tübingen).

13) **Zangemeister.** Die Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 6.)

Da die Gefahr der Vereiterung durch Saugbehandlung vermehrt wird, eignet sich die Methode für Fälle frischer puerperaler Mastitis nicht. In den abszedierten Teilen, in denen die Entzündung nicht mehr weiter fortschreitet, kann man bei der Saugbehandlung sich auf kleine Inzisionen beschränken. **Borchard** (Posen).

14) **O. Cignozzi.** La tecnica dell' amputazione della mammella nella cura radicale del cancro mammario in rapporto alle sue vie di diffusione.

(Archiv intern. de chirurgie 1907. Vol. III. Fasc. 6.)

Die radikale Operation des Brustkrebses erfordert: 1) die Exstirpation eines möglichst großen Teiles der Haut, 2) die völlige Entfernung der Brustdrüse, 3) die Abtragung des M. pectoralis major und event. des Pectoralis minor samt seiner Fascie, 4) die Ausräumung der Achselhöhle, der Fossa subclavicularis und event. der Fossa supraclavicularis.

Bei der Besprechung der plastischen Operationsmethoden wird des näheren auf die 1896 angegebene und 1906 verbesserte Methode Tansini's eingegangen. Tansini bildet einen dorsalen Lappen von ovaler Form und von der Größe des zu deckenden Defektes, dessen Stiel aus den Weichteilen der hinteren Achselhöhlenbegrenzung entspringt, 6—7 cm breit ist und, um eine genügende Blutversorgung zu gewährleisten, den Latissimus dorsi und einen Teil des Teres major einschließt. Verletzung der wichtigen Gefäße, A. subscapularis und A. circumflexa scapulae, hat eine Nekrose des hinteren Lappenrandes zur Folge, läßt sich aber durch Bildung einer breiten Muskelbasis unter Beachtung der anatomischen Lage dieser Gefäße vermeiden.

Ein vom Verf. beobachteter, nach der Methode von Tansini operierter Fall ergab Dauerheilung und ein ausgezeichnetes kosmetisches und funktionelles Resultat.

Der Arbeit sind instruktive Abbildungen beigegeben. — Photographien geheilter Fälle finden sich ferner in der Arbeit von Purpura, Lancet 1908, p. 634—637. **Revenstorf** (Hamburg).

15) **W. A. Bartlett** and **E. E. Smith.** Blood reactions on inflammation; and the diagnostic prevention of the terminal stages of infections of the appendix and gall-bladder. Part I. E. E. Smith: Blood reactions of inflammation.

(New York med. record 1908. Februar 8.)

B. und S. versuchen die umstrittene Bedeutung des Blutbefundes besonders für die Feststellung des Terminalstadiums bei Infektionen des Wurmfortsatzes und der Gallenblase, d. h. den Eintritt von Empyem oder Gangrän zu rechtfertigen. Allerdings wird zugestanden, daß ein positiver Blutbefund hauptsächlich bei einem fortschreitenden Entzündungsprozeß und nicht ebenso sicher bei einem fertigen Zustande zu erwarten ist. Es kommt also darauf an, diese Untersuchungen frühzeitig und häufiger während der Beobachtung vorzunehmen.

Bei einem aktiven Prozeß steht die Leukocytosis im Verhältnis zu der Intensität der Entzündung.

Bei Eintritt der weniger aktiven Gangrän braucht die Leukocytenzahl dann nicht mehr vermehrt zu sein, weil jetzt weniger chemotaktische Substanz durch die geringere Reaktion der Gewebe gebildet wird. Dagegen pflegt noch eine relative Vermehrung der Zahl der polymorphonukleären Leukocyten zurückzubleiben, die gerade die Diagnose eines gangränösen Prozesses nahe legt, weil dadurch angezeigt wird, daß die aktive entzündliche Reaktion der Gewebe abgelaufen ist.

Es wird ferner auf die Bedeutung der Untersuchung des Blutes auf den Fibringehalt hingewiesen und bestimmt behauptet, daß dessen Vermehrung im genauen Verhältnis dazu steht, wie weit sich die Serosa an der Entzündung mit beteiligt. Die Fibrinvermehrung des Blutes ist ein Index für Ausdehnung und Grad der Bildung von fibrinösem Exsudat in dem Körper.

So kann man an der »Hyperinosis« (d. h. vermehrten Fibrinbildung) oft die Entwicklung der Peritonitis diagnostizieren und z. B. die Information erhalten, daß der Rückgang von Symptomen nur dem Platzen eines Abszesses und nicht etwa einer wirklichen Besserung zuzuschreiben sei.

Bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller sonstigen diagnostischen Momente liefert der Blutbefund nicht nur eine Sicherung, sondern oft eine direkte Entscheidung zur korrekten Deutung aller Symptome, ermöglicht auch bei Abwesenheit aller prägnanten Erscheinungen, besonders in den Anfangsstadien, die Feststellung der Infektion.

Loewenhardt (Breslau).

---

16) **Tomita.** Über die Obliteration des Wurmfortsatzes.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

Zur Entscheidung der Frage, ob die außerordentlich häufigen partiellen, seltener totalen Atresien des Wurmfortsatzes das Resultat einer abgelaufenen Entzündung oder eines chronisch während einiger Dezennien ohne ausgesprochene Entzündungserscheinungen vor sich

gehenden, nahezu physiologischen Obliterationsprozesses sind, hat T. in Ribbert's Institut Untersuchungen an zahlreichen obliterierten, der Leiche möglichst frisch entnommenen Wurmfortsätzen gemacht. Er betont es als besonders wichtig, sich nicht mit Querschnitten zu begnügen, sondern auch Längsschnitte zu machen, da der Übergang des obliterierten in den nicht obliterierten Teil am meisten Aufschluß über das Wesen des Prozesses gebe. Er kommt zu dem Resultat, daß nicht entzündliche Vorgänge die Obliteration bedingen. Nie findet man Narben, sondern einfachen Schwund des Epithels, so daß die Muscularis mucosae zusammenrückt und die Achse der obliterierten Partie bildet. Es handelt sich um eine langsam fortschreitende Veränderung, bei der das Epithel nach und nach zugrunde geht, wahrscheinlich durch Einwirkung toxischer Substanzen; durch Vermehrung des submukösen Bindegewebes wird der Raum, den früher die Lichtung und das Epithel einnahm, ausgefüllt; ein Teil der Submucosa verwandelt sich in umfangreiches Fettgewebe. Schon die außerordentliche Häufigkeit des Prozesses und der Umstand, daß die Obliteration immer am Ende des Wurmfortsatzes beginnt und allmählich gegen den Blinddarm hin fortschreitet, spricht gegen entzündliche Natur dieses Vorganges.

Haeckel (Stettin).

---

17) **L. Thévenot et Gabourd.** Les hernies spontanées du repli semilunaire de Spiegel.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 4.)

Die am Außenrande des Rectus abdominis meist in der Verbindungslinie zwischen Nabel und Spina il. ant. sup. gelegenen Brüche verdanken ihre Entstehung meist den Lücken der Aponeurose, welche kleinen Zweigen der A. epigastrica inf. den Durchtritt gestatten. Sie finden sich meist bei Frauen, und auch hier meist in vorgerücktem Alter. Tritt in solchen Umständen Einklemmung ein, die bei scharfen Rändern der Bruchpforte zur förmlichen Durchtrennung der inkarzerierten Darmschlingen führen kann, so bietet die operative Heilung wenig Aussicht auf Erfolg, während sie natürlich bei noch resistenten Bauchdecken von Individuen gesunder Konstitution recht leicht zu erzielen ist. Nicht immer leicht ist die Diagnose, besonders solange der Bruch noch klein, bei fetten Bauchdecken nicht zu fühlen, bei straffen mit Lipom oder Fibrom zu verwechseln ist. Die kleine Studie dürfte bei der Seltenheit dieser Bruchform manchem gelegen sein.

Christel (Metz).

---

18) **A. Koritschan.** Über die Bedeutung der Schichtung des Mageninhaltes für den Wert der Aziditätsbestimmung nach Probefrühstück. (Aus dem Ambulatorium für Magen-Darmkranke im Wiener allgemeinen Krankenhause.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 52.)

Der Wert der Säurebestimmung schien durch Beobachtungen Grützner's, Sick's und Prym's über die Schichtung des Magen-

inhaltes bzw. verschiedene Azidität der einzelnen Schichten erschüttert. Schütz hat nun zunächst feststellen können, daß die Schwankungen, welche die Azidität an verschiedenen Tagen zeigt, und welche ebenfalls auf die Schichtung zurückgeführt wurde, in der Regel sehr geringe sind, und hat dann den Verf. veranlaßt, nachprüfende Bestimmungen des Säuregehaltes der verschiedenen Mageninhaltsschichten vorzunehmen. Auf Grund von 30 solchen, in der Arbeit protokollierten Untersuchungen kommt er im Gegensatz zu Sick und Prym zu dem Resultate, daß die Aziditätswerte zweier aus verschiedenen Schichten entnommenen Proben im allgemeinen gut übereinstimmen, daß somit die Bestimmung der freien HCl nach Probefrühstück ihren Wert behält. (Cf. dagegen Schütte, Zentralblatt für Chirurgie 1908 p. 436.) Die abweichenden Resultate der anderen Autoren sucht er dadurch zu erklären, daß Sick vorwiegend Fundus- und Pylorusgehalt gesondert untersuchte, daß ferner diese Untersuchungen längere Zeit beanspruchten, und daher durch gesteigerte Sekretion von Magensaft oder Magenschleim, sowie Speiseröhrenschleim die Zahlen beeinflußt wurden. Prym belegte die angegebenen Differenzen nicht mit Zahlen. Literatur.

Renner (Breslau).

---

19) **Boas.** Die Operationen wegen Krebs des Magen-Darmkanales im Lichte der inneren Medizin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Eine Frühdiagnose gibt es bis jetzt nicht. B. glaubt auch nicht, daß es dieselbe für die Zukunft geben werde. Nach der Art der Geschwülste geben aber Spätoperationen in vielen Fällen keine schlechteren Resultate wie Frühoperationen. Es ist eine Hauptaufgabe der inneren Medizin, die für die Operation geeigneten Fälle richtig auszuwählen.

Borchard (Posen).

---

20) **W. A. Lane.** Chronic constipation.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 2.)

Verf. betrachtet die chronische Verstopfung, die er besser chronische »Intestinal stasis« nennen möchte, als recht beachtenswerten Krankheitszustand, dessen üble Folgen oft ausgedehnte chirurgische Maßnahmen erforderlich machen. Die Erkrankung ist pathologisch-anatomisch deutlich gekennzeichnet. Zunächst zeigt sich eine Erweiterung des Blinddarmes, der die ganze rechte Beckenhälfte einnehmen kann und durch Verwachsungen gegen das Parietalperitoneum in seiner Lage fixiert wird. Die Verwachsungen setzen sich auch auf den Wurmfortsatz fort, der geknickt wird, wodurch es zu einer Stauung seines Inhaltes kommt, die wiederum oft Störungen bedingt. Dem Zuge der Verwachsungen beckenwärts arbeitet das Aufhängeband der Flexura hepatica entgegen; es kommt auch an dieser Stelle zu Verwachsungen, die die Flexur nach oben ziehen und einen Zug auf die rechte Niere, sowie auf die Lumbalgegend ausüben. Fernerhin kommt es zu einem

Descensus des Colon transversum, das eine tief herabhängende Schlinge bildet, deren beide Schenkel durch Verwachsungen mit Colon ascendens und descendens sich verbinden und so den Tiefstand des Colon transversum zu einem dauernden machen. Das Colon descendens wird in ähnlicher Weise noch an das Parietalperitoneum fixiert, wie das Colon ascendens, während das Colon sigmoideum erst allmählich gegen die Ursprungsstelle seines Mesenterium fixiert wird, wodurch seine Weite und Lichtung verkleinert wird und die Muscularis atrophiert. Der Mastdarm ist verlängert, erweitert und frei von allen Verwachsungen. Dagegen kommt es infolge des Zuges des Lig. gastrocolicum zu einem Tiefstande des Magenfundus, während gleichzeitig der Pylorus durch Verwachsungen in der Lebergegend fixiert ist, so daß Magenektasie eintritt. Die Nieren werden durch den Zug der Verwachsungen mobil, wobei der Fettverlust des Organismus, der durch die chronische Intoxikation infolge des stagnierenden Darminhaltes bedingt ist, eine Rolle spielt.

In einem weiteren Abschnitt versucht L. eine mechanische Erklärung der beschriebenen Veränderungen, indem er die primäre Überladung und Erweiterung des Blinddarmes auf die sitzende und stehende Lebensweise während des Hauptteiles des Tages zurückführt, zu der bei der Frau noch die Einschnürung durch das Korsett und die mangelhaft entwickelten Bauchdecken kommen. Ein weiteres ätiologisches Moment ist die Defäkation in sitzender Stellung, die einen geringeren Druck auf den Blinddarm ausübt und eher das Ausweichen desselben gestattet als die Defäkation in kauernder Stellung, wie diese bei den Naturvölkern eingenommen wird. Die stete Überfüllung des Darmes führt zu entzündlichem Reize, der wiederum Verwachsungen bedingt, wodurch weiterhin die Darmentleerung gestört wird. Ebenso verhindern die Verwachsungen am Pylorus die Entleerung des Magens, so daß es hier zum Magengeschwür kommt.

Die Stauung des Darminhaltes bedingt nun durch Resorption von fäkulenten Toxinen einen Teil der klinischen Symptome: Abmagerung, Pigmentation und graugelbliche Verfärbung der Haut, Myodegeneratio cordis, Muskelschwäche, Kälte der Hände und Füße, Kopfschmerz, Gemütsdepression. Die Darmentleerung ist entweder diarrhoisch oder sehr selten. Die Dehnung des Darmes bedingt Schwächegefühl, Nausea, Flatulenz und Schmerzen in der Coecalgegend, die oft als chronische Appendicitis gedeutet werden, sowie im Kreuz und in der Lendengegend.

Entsprechend den mannigfachen und schwerwiegenden Erscheinungen hält L. eine eingreifende Therapie für berechtigt. Er sucht deshalb zunächst operativ die Verwachsungen zu lösen und nach der Operation für regelmäßige Stuhlentleerung zu sorgen. In manchen Fällen, besonders bei Frauen, reichten diese Maßnahmen nicht aus, und Verf. sah sich zur Resektion des ganzen Kolon gezwungen, so daß der Dünndarminhalt direkt in den Mastdarm geleitet wurde. Bei kachektischen Frauen genügt event. die bloße Ausschaltung des Dick-

darmes durch eine Anastomose zwischen Dünn- und Mastdarm nach vorhergegangener völliger Abschließung des unteren Ileumendes.

Strauss (Nürnberg).

---

21) **M. Guibé.** Volvulus de l'intestin grêle et de la partie initiale du gros intestin.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 3—5 u. 7.)

Unter Volvulus will Verf. nur die Drehung des Darmes um die eigene Achse oder das Mesenterium verstanden wissen. Dieser ernsten chirurgischen Erkrankung widmet er eine ziemlich ausführliche Besprechung; er teilt seinen Stoff in drei Unterabteilungen: 1) Volvulus des Dünndarmes; 2) des Blinddarmes; 3) Volvulus jejuno-colicus, die Drehung also des ganzen Dünndarmes, einschließlich eines Teiles des Kolon.

Trotz der Wichtigkeit des Gegenstandes ist es schwer, Einzelheiten aus der Abhandlung hervorzuheben, zumal weder dem Volvulus an sich noch seinen Unterabteilungen besonders kennzeichnende Merkmale zukommen; so ist er in der Tat oft nicht einmal während der Operation erkannt, und durch völlig unzureichende Maßnahmen — Enteroanastomose, Kunstafter — bekämpft worden. Die Erfolge des Eingriffes sind entsprechend nicht recht befriedigend; sie belaufen sich auf etwa 50% Heilungen. Das Prozentverhältnis ist nur in den ersten beiden Tagen günstiger, wo ca. $^2/_3$ Heilungen erzielt wurden. Frühzeitige Laparotomie und methodisches Suchen nach dem Hindernis nach Eviszeration ist in der Tat die einzige Möglichkeit der Heilung; die hohen Einläufe können nur diagnostischen Wert beanspruchen, insofern sie vielleicht die Höhe des Verschlusses vermuten lassen; Atropin kann, weil relativ unschädlich, in den ersten Tagen versucht werden; Erfolg dürfte nur in noch nicht völlig entwickelten Fällen oder den gutartigen mehr chronische Formen zu erwarten sein.

Christel (Metz).

---

22) **O. Kukula** (Prag). Über die chirurgische Therapie der Cholelithiasis.

(Wiener klin. Rundschau 1907. Nr. 36—42.)

Die vorliegende Arbeit stellt einen umfassenden klinischen Vortrag dar, und beginnt in referierender Form mit Besprechung moderner Anschauungen über die Ätiologie. Mit eingehenden Schilderungen wendet sich Verf. dann zu dem interessanten pathologisch-anatomischen Bilde, dessen Deutung und Erkenntnis durch die moderne Chirurgie so sehr gefördert ist. Im Streit um die Indikation lehnt Verf. den ultraradikalen Standpunkt Riedel's als praktisch nicht durchführbar ab und nimmt einen gemäßigten Standpunkt ein. Interessant sind seine Betrachtungen über die Ursachen der Meinungsverschiedenheit von Chirurgen und Internisten und seine Kritik an der Leistungsfähigkeit interner Heilmittel der verschiedenartigsten Herkunft und über ihre Theorie. Um einen Vergleich der Leistungsfähigkeit der

chirurgischen und internen Therapie zu ermöglichen, zieht Verf. die Statistiken von Kehr und Körte heran. Um die Sterblichkeit zu verringern, muß sorgfältigste Indikationsstellung geübt werden. Die Ursache der hohen Sterblichkeit bei chronischem Choledochusverschluß ist nach Ansicht des Verf.s die Tatsache, daß diese Pat. oft zu lange mit interner Therapie hingehalten werden. (Kachexie, Cholangitis, Pyämie, Peritonitis.) Es folgt dann eine Übersicht über die Endresultate und über die Rezidive. Verf. kennt folgende klare Indikationen zur chirurgischen Therapie der Cholelithiasis: 1) chronischer Hydrops beim Versagen innerer Therapie; 2) Empyem der Gallenblase, in jedem Falle; 3) chronisch rezidivierende Cholecystitis, besonders in der arbeitenden Klasse; 4) akute eitrige Cholecystitis; 5) akuter Choledochusverschluß mit cholangitischen Erscheinungen; 6) chronischer Choledochusverschluß; 7) bei Leberabszeß, Peritonitis, Ileus und anderen schweren Komplikationen. **Schmieden** (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

Über die Behandlung der akuten eitrigen Osteomyelitis.

Von

Prof. S. Rolando in Genua.

In der chirurgischen Gesellschaft in Paris wurden jüngst die operativen Indikationen bei akuter eitriger Osteomyelitis besprochen, wobei folgende zwei Kriterien vorwiegend waren, nämlich, daß es

1) nicht in allen Fällen möglich sei, klinisch die akute eitrige Osteomyelitis von der Periostitis zu unterscheiden; mithin sei es

2) unnütz und auch schädlich, den Knochen systematisch zu trepanieren, da oftmals nur eine einfache Inzision des Knochenhautabszesses genügt, um den Krankheitsprozeß zu bewältigen.

Da ich in den Krankenhäusern Genuas Gelegenheit hatte, eine große Anzahl akuter Knochenmarkentzündungen zu behandeln, teile ich hier die Resultate meiner Beobachtungen mit.

Sie beziehen sich ausschließlich auf die hämatogene Osteomyelitis, welche vorzugsweise im Entwicklungsalter (6.—18. Lebensjahr) aufzutreten pflegt. Die pyogenen Mikroorganismen, meistens Staphylokokkus pyog. aur., siedeln sich in der Metaphyse der langen Knochen nächst der Wachstumszone an, von wo aus sie bei ihrer Verbreitung gewöhnlich die akute eitrige Myelitis und sekundär die eitrige Periostitis verursachen.

Die Intensität der Verbreitung ist je nach der Schwere der Infektion und dem Zeitpunkte des chirurgischen Eingriffes verschieden.

In allen von mir beobachteten Fällen waren die Alterationen der Knochenhaut stets weniger schwer und offenbar jenen des Knochenmarkes nachstehend.

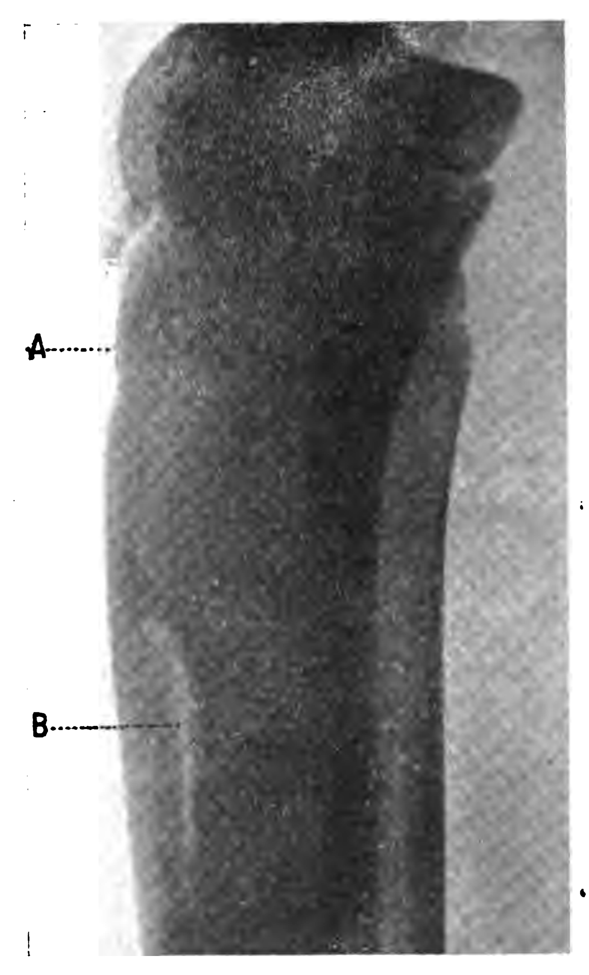
Ich ließ die Radiographie des kranken Knochens vor der Operation ausführen, was sich für die Genauigkeit der Diagnose der Kur äußerst nützlich erwies.

Die nebenstehende Radiographie bezieht sich auf einen 15jährigen Jüngling, welcher an eitriger Osteomyelitis des Schienbeins litt, und wurde bei dem Eintritt in das Krankenhaus, 7 Tage nach dem Auftreten der Krankheit, aufgenommen.

Bei *A* ist eine helle Zone sichtbar.

Man bemerkt einen Eiterherd der oberen Metaphyse, bei *B* eine andere helle

Zone, welche die untere Grenze der Eiteransammlung bezeichnet. — Anstatt der ausgedehnten Trepanierung mittels des Meißels und Hammers zog ich die umgrenzte Trepanierung mittels des Trepans vor.



Es scheint mir nicht unumgänglich nötig, die Markhöhle in ihrer ganzen Länge zu öffnen, wie das häufig geübt wird. Was vor allem wichtig ist und auch die dringlichste Indikation darstellt, ist, daß der Eiterherd vollständig beherrscht und der Eiter nicht zurückgehalten werde. Dies ist leicht zu erreichen, wenn der Eiterherd und die abschüssigste Stelle des entzündeten Markes trepaniert werden.

Der radiographische Befund trägt außer der bekannten Kriterien ungemein viel zur Genauigkeit des chirurgischen Eingriffes bei.

---

23) **F. Valentin.** Der Einfluß letaler Verbrennungen auf das histologische Bild der Schilddrüse.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 42.)

V. untersuchte die Schilddrüsen von 9 Kranken, die, an hochgradigen Verbrennungen gestorben, im Berner pathologischen Institut zur Sektion gelangten.

Er fand dabei hauptsächlich eine Desquamation des Epithels. Die einzelnen Zellen waren teils gequollen und enthielten feine Vakuolen, teils waren sie völlig normal. Andere Zellen waren geschrumpft, ihr Kern zackig und unregelmäßig. Die Größe der Zellen war sehr verschieden; neben normalgroßen befanden sich solche, die wesentlich vergrößert waren. Die geschrumpften Zellen flossen oft zusammen. Die vergrößerten zeigten mitunter mehrere Kerne. Die Schrumpfung der Zellen scheint auf Kosten des Protoplasmas zu erfolgen, das einen Verlust an Kernen erleidet. Das Kolloid war spärlich vorhanden; es wird anscheinend verflüssigt und resorbiert. Auch nimmt es in den Schnitten eine auffallend blaue Färbung an, ein Zeichen, daß es sich in Mucin verwandelt. Das Stroma der Schilddrüse war normal; Infiltrationen fanden sich nicht. Eine Beziehung zwischen Intensität der Veränderung und Lebensdauer nach der Verletzung bestand nicht. Das Alter spielt insofern eine gewisse Rolle, als die jüngsten Individuen die weitgehendsten Veränderungen aufweisen. Ob die Veränderungen überhaupt durch toxische Substanzen oder nur durch eine Ernährungsstörung des Organs zustande kommen, entscheidet V. nicht.

Die ausführlichen histologischen Details sind im Original nachzulesen.

Doering (Göttingen).

24) **Ringel.** Traumatisches Dermoid der Achselhöhle.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 14.)

Bei einem 44jährigen Manne war nach Amputatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle 13 Jahre vorher eine Fistel in der Achselhöhle zurückgeblieben, die sich auf keine Behandlung schloß. Vielmehr zeigte sich in der Tiefe eine haselnußgroße Geschwulst, die sich bei der Exstirpation als eine mit Haut ausgekleidete Cyste erwies (Dermoid). **Borchard** (Posen).

25) **A. Saratoff.** Ein Fall von Neuritis retrobulbaris als Folge von Jodoformintoxikation. (Aus der II. Augenklinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

25 Tage nach der ersten, 4 Tage nach der letzten Jodoforminjektion in einem Psoasabszeß trat Amblyopie ein, die nach 3 Wochen sich besserte, nach 5 Wochen ganz zurückging. Erwähnung zweier früher veröffentlichter Fälle. Literatur.

Renner (Breslau).

26) **Kausch.** Die Resektion des ersten Rippenknorpels wegen beginnender Lungenspitzentuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 50.)

Freund und Hart haben die Durchtrennung der ersten Rippe oder besser noch eine Resektion eines Stückes ihres Knorpels bei beginnender Lungentuberkulose empfohlen, weil durch eine Entwicklungshemmung dieser Rippe die zuführenden Bronchien in der Lungenspitze direkt komprimiert werden können (Schmorl'sche Lungenfurche), und weil dieser Knorpel früh verknöchert. K. führte den Eingriff bei einer 50jährigen, kräftigen Pat., deren Tuberkulose ganz im Beginn beobachtet werden konnte, aus. Ein Urteil über den Erfolg ist noch nicht abzugeben, da erst 3 Wochen seit der Operation vergangen waren.

Borchard (Posen).

27) **M. Küss.** Kyste hydatique du poumon droit. Pneumotomie.

(Bull. et mém de la soc. d'anatom. de Paris 1907. Nr. 6.)

Ein 28jähriger Mann litt an wiederholter Hämoptoe, ohne daß dauernde Schwäche oder Abmagerung die Folge gewesen wäre. Die Diagnose wurde durch den Auswurf von Membranen und die Röntgenographie gemacht.

Nach mehrfachen Rippenresektionen — die Pleurablätter waren unverwachsen — wird allmählich ein Pneumothorax gesetzt. Die Cyste sitzt an der Basis der rechten Lunge. Ihre Oberfläche wird ringsum an die Pleura parietalis und Musku-

latur geheftet, worauf sie eröffnet und die Keimmembran im ganzen entfernt wird. Aspiration der in den Pleuraraum eingedrungenen Luft. Drainage. Heilung.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

28) **Perthes.** Exstirpation eines chronischen Lungenabszesses.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 3.)

Bei einem 14jährigen Mädchen war vor 9 Jahren nach einer Pneumonie ein faustgroßer Abszeß im rechten Unterlappen zurückgeblieben. Vor 4 Jahren zweizeitige Eröffnung. Die Höhle blieb jedoch bestehen. Weite Kommunikation derselben mit dem Bronchialbaum.

Vor 5 Monaten Resektion der bedeckenden Rippen und Ausschälung der tamponierten Abszeßhöhle mit ihren schwartigen Wänden aus dem unteren Lungenlappen. Vollkommene Heilung. **Borchard** (Posen).

29) **R. Benard.** Considérations sur les corps étrangers du coeur à propos d'un clou trouvé dans le ventricule droit.

(Bull. et mém. de la soc. d'anatom. de Paris 1907. Nr. 7.)

Bei der Obduktion einer 57jährigen Frau fand man im rechten Herzen einen 6 cm langen Nagel ganz ins Myokard eingebettet. Spuren des Eindringens waren am Perikard nicht zu sehen. 22 mm seiner Länge waren im rechten Herzohre, 14 mm in der stark verdickten Scheidewand und 24 mm in der Ventrikelwand gelegen. Während des Lebens hatte sich sich seine Anwesenheit in keiner Weise verraten. Über die Art des Eindringens konnte nichts erhoben werden.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

30) **Urban** (Linz). Über Cardiolyse bei pericardiomediastinalen Verwachsungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1908. Nr. 8.)

Ein 22jähriger Heimarbeiter war vor 6 Jahren an schwerem Gelenkrheumatismus erkrankt, an den sich eine mit mediastinalen Verwachsungen endende Perikarditis anschloß. Die Brustwand der Herzgegend wurde, besonders im Bereich der Spitze, bei jeder Systole kräftig angezogen, bei jeder Diastole wieder vorgeschleudert. U. resezierte vom Knorpel der 4., 5. und 6. linken Rippe je 2 cm, von den zugehörigen Rippen selbst je 5 cm. Er resezierte subperiostal, da derbe Verwachsungen fehlten und er ohne Pleuraverletzung das hintere Rippenperiost nicht entfernen zu können glaubte. Es trat Heilung ein.

Erhard Schmidt (Frankfurt a. M.).

31) **P. Merle.** Perforation de l'artère epigastrique ou cours d'une paracentèse abdominale; mort.

(Bull. et mém. de la soc. d'anatom. de Paris 1907. Nr. 7.)

Bei einem 53jährigen Manne war ein durch Lebercirrhose bedingter Ascites punktiert worden. Die Punktion erfolgte genau in der Mitte zwischen Nabel und Spina. 3 Stunden nachher war der Kranke tot. Die Obduktion ergab eine Verblutung in den Bauch hinein durch eine Verletzung des Stammes der Art. epigastrica. Eine Blutung nach außen war bei der Punktion nicht erfolgt.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

32) **M. Lorrain.** Appendicite chronique et anomalies de l'appendice.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 6.)

Der Wurmfortsatz einer 45jährigen Frau, der durch 5 Jahre eine Reihe von Anfällen ausgelöst hatte, zeigte ein Divertikel: durch ein Loch der Muskulatur hatte sich die Schleimhaut vorgestülpt und lag direkt der Serosa an. L. wirft die Frage auf, ob dies angeboren oder durch die Anfälle erworben sei.

Die deutsche Literatur (s. v. Brunn, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI) gibt Aufschluß über diese Frage. (Ref.) **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

33) **R. Malatesta.** Contributo allo studio dei falsi diverticoli dell' appendice.

(Policlinico. Sez. chir. XV, 2. 1908.)

Bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung von 190 operativ entfernten Wurmfortsätzen fand Verf. zwei Wurmfortsätze mit sog. falschen Divertikeln, die er in einer eingehenden, durch 6 Abbildungen im Text gut illustrierten Schilderung beschreibt. In dem einen Falle handelte es sich um eine Ruptur der Muscularis, durch die sich unter dem Einfluß von Drucksteigerung ein Segment des unversehrten Schleimhautschlauches vorwölben konnte. In dem anderen Falle hatte eine alle drei Darmwandschichten umfassende Perforation zu einem akzessorischen Hohlraume geführt, der lediglich nach Art eines falschen Divertikels mit der Lichtung des Wurmfortsatzes kommunizierte, ohne von Epithel ausgekleidet zu sein.

Beide Formen sollen zu häufigen und schweren Rezidiven prädisponieren.

Strauss (Nürnberg).

34) **Kuss et Suimbellot.** Invagination de l'appendice. Un cas d'invagination rétrograde de l'appendice. Appendicite tuberculeuse primitive.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1907. Nr. 6.)

Gelegentlich einer Intervalloperation wurde ein Wurmfortsatz herausbefördert, dessen Basis in der Länge von 2 cm normal war, dessen Spitze aber zu einer cystischen Geschwulst aufgetrieben schien. Die Kuppe derselben war teilweise gangränös. Es handelte sich um eine echte Invagination einer Wandfalte des Wurmes in sein distales Ende.

Die histologische Untersuchung ergab eine follikuläre Tuberkulose, für die auch im Wundverlaufe klinische Anhaltspunkte sprachen.

Verff. sind nun geneigt, auf Grund dieser und anderer Erfahrungen der Tuberkulose eine spezifische Rolle bei den Invaginationen des Wurmfortsatzes zuzuschreiben. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

35) **M. C. Thrush.** Appendicitis due to the presence of oxyuris vermicularis.

(New York med. record 1907. Dezember 28.)

T. beschreibt einen seltenen Fall von Appendicitis, bei dem sich der Wurmfortsatz mit unzähligen Exemplaren von Oxyuris vermicularis, die in einer gelatinösen Masse eingebettet waren, gefüllt vorfand. **Loewenhardt** (Breslau).

36) **R. de Josselin de Jong.** Beitrag zur Kenntnis der Geschwülste der Appendix vermiformis.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

1) Karzinom. Der Wurmfortsatz, der wegen Appendicitis larvata entfernt wurde, war nahe der Spitze stenosiert; die Spitze selbst war in eine kleine, schleimhaltige Cyste verwandelt, deren Wand mikroskopisch den Charakter eines diffusen Karzinoms vom Typus des Carcinoma simplex trug.

2) Lymphocytom. Der wegen rezidivierender Appendicitis entfernte Wurmfortsatz enthielt in der Spitze einen haselnußgroßen Knoten von weißer Farbe. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich nicht etwa um einen vergrößerten Follikel, sondern um eine wirkliche Zellneubildung, ein Lymphocytom handelte, wie man es ähnlich bei Lymphosarkomen des Darmes beobachtet.

3) Cystöse Appendixgeschwulst. Der wegen rezidivierender Appendicitis exstirpierte Wurmfortsatz hatte eine Cyste am Mesenteriolum, die durch einen schmalen Spalt mit der Lichtung des Wurmes kommunizierte, kolloidähnlichen, schleimigen Inhalt hatte und keine epitheliale Auskleidung besaß; die Muskulatur des Wurmes ging eine Strecke weit in die Cystenwand über; es handelte sich also um ein Pseudodivertikel. Man kann sich vorstellen, daß dasselbe entstanden ist aus einem kleinen

Abszeß der Wand, der in den Wurm durchgebrochen ist, oder aus einem echten Divertikel, das sein Epithel verloren hat.

Bezüglich der Rundzellenkarzinome des Wurmfortsatzes ist Verf. der Ansicht, daß sie ihren Ursprung in embryonären Keimen, daß sie einen gutartigen Charakter haben und nicht die Ansicht stützen, nach welcher Entzündung die überwiegende Rolle bei der Histogenese des Karzinoms spielt. **Haeckel** (Stettin).

37) **Mahnert.** Appendicitis und Ulcus ventriculi.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

Nachdem Payr darauf hingewiesen, daß nicht selten bei akuter und chronischer Appendicitis von mykotisch entzündlichen Thromben der Venen des Wurmfortsatzes und seines Mesenteriolum losgerissene Teile zum Magen und Duodenum verschleppt werden und dort Erosionen und Geschwüre erzeugen können, nachdem er diesen Vorgang auch experimentell bei Tieren nachgemacht hatte, machte es sich M. zur Aufgabe, von seinem klinischen Material des städtischen Krankenhauses zu Graz die Häufigkeit des Magengeschwüres nach Appendicitis nachzuprüfen.

Er gruppiert seine Beobachtungen folgendermaßen:

1) 10 Fälle, bei denen man durch Operationen am kranken Wurmfortsatz sich von den Veränderungen am Magen selbst überzeugen konnte, oder Fälle, die nach stattgefundener Appendektomie in einer späteren Zeit schwere Magenveränderungen und Geschwürsblutungen boten und zwangen, auch am Magen selbst operativ vorzugehen.

2) 4 Fälle, die aus irgendeinem Grunde zur Obduktion kamen, und die das gleichzeitige Vorhandensein von Magengeschwür und Appendicitis boten, und zwar die Appendicitis als chronische Erkrankung primär und das Geschwür als frischere Erkrankung sekundär.

3) 7 Fälle, in denen es zur Entwicklung eines ausgesprochenen Magengeschwüres mit allen seinen schweren Erscheinungen, insbesondere schweren Blutungen, bei Kranken kam, die in einer gewissen Zeit vorher nachgewiesenermaßen an einer Appendicitis erkrankt waren und daran behandelt wurden, ohne daß operativ vorgegangen wurde.

4) 21 Fälle, in denen es zur Entwicklung eines ausgesprochenen Magengeschwüres kam, ohne daß sich der Kranke bewußt war, eine Appendicitis überstanden zu haben, aber über eine Reihe von Störungen und Beschwerden zu klagen hatte, die dem genauen Beobachter als Folgezustände bestehender chronischer Appendicitis klar sein mußten.

5) 8 Fälle, in denen es sich aus den Erscheinungen klinisch um Magengeschwür handelt, ohne daß besondere subjektive Beschwerden beständen, die auf eine chronische Appendicitis hindeuten lassen, die aber objektiv bei genauer Untersuchung als solche nachweisbar erscheinen.

Man muß gestehen, daß auf Grund der mitgeteilten Krankengeschichten und Beobachtungen das Zusammentreffen des Befundes Magengeschwür und Appendicitis geradezu verblüffend ist. Bei Durchsicht der Krankengeschichten seiner Abteilung aus den letzten 2 Jahren, seitdem er die Leitung der Abteilung übernommen und in den Krankengeschichten die Befunde über Appendicitis notierte, fand Verf. bei 36 einwandfreien Fällen von Magengeschwür 23mal ebenso einwandfreie Appendicitis, also in 64% der Fälle! **Haeckel** (Stettin).

38) **Ruotte** (Blida). Cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant.

(Arch. de méd. des enfants 1908. Februar.)

Verf. hat im Lauf eines Jahres 14 Kinder wegen Leistenbruch operiert und mit Ausnahme eines einzigen vollkommene Besserung des Leidens erzielt. Von den betreffenden Kindern waren 12 männlichen und 2 weiblichen Geschlechtes; 5 waren im Alter von unter 1 Jahre, 7 unter 2 Jahren und 2 unter 3 Jahren. Der angewendete operative Vorgang war folgender: Es wurde über dem Leistenring eine kleine, 2,5—3 cm lange Inzision gemacht, das Zellgewebe stumpf aufgerissen,

der Bruchsack an der äußeren Seite des auf den Finger geladenen Samenstranges isoliert, hoch abgebunden und dann auch der Leistenring mittels einer Naht geschlossen. Es wird eine Hautnaht angelegt und verbunden. Der ganze Vorgang dauert einige Minuten. Man soll aber nur dann operieren, wenn man das Kind im Krankenhause behalten kann, oder die Umgebung desselben genügend intelligent ist, um die Antisepsis der Operationswunde durchführen zu können. Sonst ist es besser, das Kind älter werden zu lassen, weil dann dasselbe gefügiger ist und die Nachbehandlung auch eine leichtere wird. **E. Toff** (Braila).

39) W. Denk. Ausgedehnte Darmresektion mit Ausgang in Heilung. (Aus dem Linzer allgemeinen Krankenhause.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 52.)

Die von Brenner wegen eingeklemmten Schenkelbruches ausgeführte Resektion von 540 cm ist nach Verf. die ausgedehnteste Dünndarmresektion, die nicht von Tod gefolgt war. Nach Beneke's Formel wären der Pat. nur 33 cm Dünndarm verblieben, womit die erforderliche Resorption eigentlich undenkbar ist. $2^1/_2$ Monate nach der Operation wurden Funktionsprüfungen des Darmes vorgenommen, die normales Verhalten ergaben. Die Prognose ausgedehnter Resektionen hängt von dem pathologischen Prozeß, von der Länge des zurückbleibenden Darmes, von individuellen Verhältnissen ab. Literatur. **Renner** (Breslau).

40) S. Daus. Über sekundäre Hautkrebse.

(Virchow's Archiv Bd. CXC. p. 196.)

Ausführliche Beschreibung eines Falles von Magenkrebs — 77jährige Frau —, bei dem es neben Metastasen in die meisten Organe der Bauchhöhle zu ausgedehnter krebsiger Infiltration der Haut gekommen war. Die Verbreitung dieser sekundären Hautkarzinome war besonders an Hals, Brust, Bauch und den Oberschenkeln zu konstatieren. **Doering** (Göttingen).

41) Hosch. Rechtsseitige karzinomatöse Supraclaviculardrüsen bei Magenkarzinom.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

Während die Schwellung der linksseitigen supraclaviculären Lymphdrüsen als diagnostisches Hilfsmittel bei Karzinom der Unterleibsorgane anerkannt ist, wurde der Schwellung der rechtsseitigen Drüsen bisher nicht die gleiche Bedeutung zugesprochen.

H. bringt nun aus der Baseler medizinischen Klinik einen Fall, in dem die Schwellung der rechtsseitigen Supraclaviculardrüsen für die Diagnose eines Cardiakarzinoms von Bedeutung wurde, ehe man das letztere als Geschwulst fühlen konnte. Erst später schwollen auch die linksseitigen Drüsen am Hals an. Die Autopsie zeigte, daß der Ductus thoracicus rechts am Halse in das Venensystem mündete. Die Angaben der Anatomen zeigen, daß das nicht so ganz selten vorkommt, so daß die Schwellung der rechtsseitigen Halsdrüsen bei Verdacht auf abdominelles Karzinom Beachtung verdient. Genau so wie bei normaler Lage des Ductus thoracicus links durch retrograden Transport von Krebszellen die linksseitigen Halsdrüsen infiziert werden, so können die rechtsseitigen bei abnormer Lage des Hauptlymphstammes rechts von einem Karzinom im Bauche Karzinomkeime erhalten. In der Literatur konnte H. nur zwei ähnliche Fälle finden.

Haeckel (Stettin).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, F. KÖNIG, in Berlin, E. RICHTER, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 21. **Sonnabend, den 23. Mai** **1908.**

Inhalt.

I.

Beitrag zur operativen Behandlung der Invagination des Colon descendens.

Von

Dr. C. Longard,

Oberarzt der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Forst-Aachen.

Die Invagination im Verlaufe des Colon descendens ist im allgemeinen ein ziemlich selten auftretendes Ereignis. Wird das Leiden zeitig erkannt, so kann es gelingen, die Invagination durch hohe Einläufe zum Schwinden zu bringen. Führt das nicht zum Ziel, so ist auch die Möglichkeit einer direkten Desinvagination nach Eröffnung des

Abdomen innerhalb der ersten 12—24 Stunden nach der Einklemmung vorhanden. Doch dürfte dieser Fall wohl zu den selteneren zu rechnen sein, da die Pat. meistens erst spät in die Hände der Chirurgen gelangen und ein derartiger Versuch von vornherein ausgeschlossen werden muß, wenn bereits entzündliche oder gangränöse Prozesse an dem Invaginatum oder dem Hals der Invagination aufgetreten sind.

Wenn nun auch gerade bei der Invagination des Colon descendens am ehesten eine Naturheilung durch Gangrän und Abstoßung des Invaginatum erfolgen kann, so wird sich doch kein Chirurg bei einigermaßen stürmischen Erscheinungen auf einen derartigen Zufall verlassen, sondern immer einer aktiven Therapie das Wort reden. Als Operationen der Wahl im akuten Stadium könnten in Betracht kommen:

1) Die Anlegung einer Kotfistel oberhalb der Invagination;

2) eine Enteroanastomose zwischen Colon ascendens bzw. Ileum und Flexur;

3) eine Totalresektion des Invaginationstumors;

4) die Längsöffnung des Kolon und Entfernung des Tumors.

Die Enteroanastomose bietet bei der starken Füllung der Darmschlingen besonders zwischen Kolon und Kolon sehr ungünstige Verhältnisse, ganz abgesehen davon, daß man infolge der anatomischen Verhältnisse in der Tiefe des Beckens zu operieren genötigt wäre; außerdem aber bildet man dadurch eine Verbindung zweier Darmteile quer durch das Abdomen, die leicht zu weiteren Komplikationen (Ileus usw.) führen kann.

Eine vollständige Ausschaltung des Kolon durch Implantation des Ileum in die Flexur oder seitliche Anastomose begegnet ähnlichen Schwierigkeiten.

Die Totalresektion wird wohl gleichfalls selten durchführbar sein, weil wir es meist mit sehr heruntergekommenen Pat. zu tun haben, die einen langdauernden Eingriff nicht mehr vertragen, und die direkte Vereinigung der beiden weit voneinander liegenden Darmteile dürfte wohl in den seltensten Fällen ohne direkte Gefährdung der Naht durchzuführen sein.

Nicht weniger gefährlich ist im akuten Stadium die Längsspaltung des Kolon und Entfernung des Tumors von dieser Darmöffnung aus.

Es bliebe demnach nur als der am schnellsten und gefahrlosesten auszuführende Eingriff die Anlegung einer Kotfistel übrig. Da diese Operation jedoch nur eine symptomatische ist und das Leiden als solches nicht beseitigt, so muß, wenn die Natur sich durch Abstoßung des Invaginationstumors nicht selbst hilft, dieser Tumor später entfernt werden, wenn man dauernd den Pat. von seiner Kotfistel befreien will. Das ist aber, besonders wenn die Fistel nahe am Tumor liegt, nicht gerade leicht.

In diesem zweiten Stadium der Krankheit stoßen wir bei der

Invagination des Colon descendens auf dieselben Schwierigkeiten, die ich oben schon geschildert; die Verhältnisse liegen nur insofern etwas günstiger, als der Darm entleert werden kann und als die entzündlichen Erscheinungen an der Invagination abgelaufen sind.

Vor einiger Zeit war ich vor die Aufgabe gestellt, unter den eben genannten Verhältnissen bei einer chronischen Invagination des Colon descendens und Kotfistel dicht oberhalb der Invagination die Pat. von ihrer Fistel zu befreien.

Der Invaginationstumor war stark zweimannsfaustgroß und die Passage nach unten vollständig geschlossen (Verwachsung der einzelnen Darmteile untereinander); es blieb also nichts übrig, um die Kotfistel zum Schluß zu bringen, als eine Entfernung des Tumors.

Da das untere Ende des Dickdarmes und der Flexur durch den dicken Invaginationstumor stark erweitert war, so gelang es in Narkose, vom Anus aus, die Hand bis an den Tumor heranzubringen, den Tumor mit einer starken Muzeux-schen Zange zu fassen, so weit als möglich nach abwärts zu ziehen und dann unter Leitung der Finger mit zwei sehr langen Péans an seiner höchsten Stelle fest abzuklemmen. Unterhalb der Klemme wurde der Tumor abgeschnitten und die Klemme nach 48 Stunden entfernt. Nach vollständiger Abstoßung des Invaginatumrestes wurde nach weiteren 14 Tagen das untere Darmende von der Kotfistel aus durch Wassereinläufe auf seine Durchgängigkeit geprüft und, nachdem diese vorhanden, der Anus praeternaturalis durch Laparotomie nach Lösung der zahlreichen Verwachsungen und vollständigen Mobilisierung des Kolon durch Naht geschlossen.

Die 60 Jahre alte Kranke wurde vollständig wieder hergestellt.

Der Operationsplan ist also kurz folgender:

1) Erweiterung des Anus in Narkose, Herunterziehen des Invaginationstumors mit Muzeux'schen Zangen.

2) Unter Leitung der Finger hohes Anlegen zweier langen, starken Péans, die den Tumor vollständig abklemmen.

3) Abtragen des Tumors unterhalb der Klemmen. Entfernung der Klemmen nach 48 Stunden.

4) Prüfung der Passage von der Fistel aus, Schluß der Kotfistel durch Naht.

Der Gedanke, in dieser Weise bei Invagination des Colon descendens vorzugehen, liegt eigentlich nahe. Da ich aber in der mir zugänglichen Literatur bis jetzt keinen auf gleiche Weise glücklich operierten Fall gefunden habe, erlaube ich mir, das Verfahren den Fachkollegen für ähnliche Fälle zu empfehlen.

Es ist ratsam, bei Invagination des Colon descendens die Kotfistel möglichst weit von der Invagination anzulegen, weil damit die Schwierigkeiten einer späteren radikalen Entfernung des Invaginationstumors geringer werden.

Aachen, 1. April 1908.

II.

Über Dauerkatheterismus der Ureteren in der chirurgischen Behandlung verschiedener Blasenleiden und der Prostatahypertrophie.

Von

Dr. Leo Cardenal,

Chirurg des Princessa-Krankenhauses in Madrid.

Der Dauerharnleiterkatheter ist bereits von Albarran[1] zur präventiven und auch kurativen Behandlung der auf Nephrostomie folgenden Nierenfisteln angewendet worden; aber es ist, soviel wenigstens unsere Bibliographieübersicht ausreicht, von ihm noch kein systematischer Gebrauch gemacht worden zur chirurgischen Behandlung der Blasenleiden; auch wurde noch nicht versucht, in beide Harnleiter Dauerkatheter einzulegen.

Aus den von Albarran angeführten Fällen und unseren Versuchen an Menschen und Tieren, die auf dem nächsten spanischen Kongreß für Chirurgie den Gegenstand einer ausführlichen Arbeit bilden werden, läßt sich schließen, daß die Harnleiter sowohl des Menschen wie auch der Tiere ganz gut mehrere Tage, und sogar besser wie die Harnröhre, einen Dauerkatheter vertragen, ohne jede Veränderung, welche auf die so gefürchtete aszendierende Niereninfektion hinweisen könnte, vorausgesetzt, daß man den elementarsten aseptischen Regeln folgt und innerlich solche Medikamente verabreicht, die dem Harn eine gewisse antiseptische Wirkung verschaffen, wie das Urotropin, Helmitol und das jüngst von Hofmann empfohlene Vesipyrin.

Bekanntlich würden wir bei jedem intra- oder transvesikalen Eingriff (wie der suprapubischen Prostatektomie) viel bessere Resultate, ja selbst primäre Heilung erreichen, wenn wir die Blase in den ersten auf die Operation folgenden Tagen trocken halten könnten; auch wäre es möglich, unter diesen Umständen durch eine gute Blasentamponade die Blutung, eine der Gefahren dieser Blasenoperationen, auf ein Minimum zu beschränken. Namentlich diese Tamponade ist nur sehr mangelhaft, wenn der aus den Harnleitern fließende Urin dauernd die Gaze durchtränkt, dagegen sehr leicht und wirksam, wenn wir nach Schluß der Operation von der Blase aus einen Katheter in jeden Harnleiter einlegen und ihn durch die Harnröhre hinausführen.

Ein weiterer nicht unbedeutender Vorteil des Dauerkatheters besteht darin, daß man den ganzen ausgeschiedenen Urin in einem Ge-

[1] Albarran, La sonde urétérale à demeure dans le traitement preventiv et curativ des fistules renales consecutives à la nefrostomie. Rev. de gyn. et de chir. abdom. T. V. p. 43.

fäß auffangen kann, welches zwischen die Beine des Pat. gestellt wird, so daß die Ränder der Bauchwunde und der Verband durch den Harn nicht durchfeuchtet werden. Denn damit können wir die postoperative Behandlung beträchtlich abkürzen in den Fällen, wo wir gezwungen sind, die Blase mehrere Tage offen zu lassen.

Wir gehen in folgender Weise vor: sobald die Blase nach irgend einer dazu gebräuchlichen Methode geöffnet worden ist, erfolgt die eigentliche Operation, für die man den Blasenschnitt ausgeführt hat (Tumor, Steinextraktion, Enukleation der Prostata usw.). Nach ihrer Beendigung führt man, bevor man die Blase schließt, unter Leitung des Fingers oder der Augen Katheter Nr. 9 oder 10 Charrière in die beiden Harnleiter hinein und deren schräg abgeschnittene Enden durch die Harnröhre nach außen.

Läßt der Zustand der Blase eine primäre Heilung erhoffen, so wird man die Operation, wie in den Fällen von idealer Cystostomie, durch Naht beendigen. Erscheint es dagegen nötig, die Blase offen zu lassen — sei es, weil die Gefahr einer sekundären Blutung (Prostatektomie, gewisse Geschwülste) uns zu einer Tamponade Anlaß gibt oder weil der Infektionszustand der Blase die Notwendigkeit einer, einige Tage dauernden Drainierung erfordert —, dann arbeiten wir der sekundären Heilung dadurch vor, daß wir die zur Schließung der Blase nötigen Nähte (Seide) durch die Muscularis und Fibrosa einlegen, ohne sie zunächst zu knoten.

Die Bauchwunde wird geschlossen oder nicht, je nach dem Fall; und sobald der Kranke imstande ist, Flüssigkeiten einzunehmen, verabreichen wir ihm wieder die Harnantiseptika (Urotropin, Helmitol, Vesipyrin). Während der nächsten Tage muß man die Sonden sorgfältig auf ihre Permeabilität prüfen, indem man durch sie häufig kleine Mengen 4%iger Borsäure- oder 1‰iger Höllensteinlösung einspritzt. Wenn einer der Katheter verstopft ist, was man nicht nur aus dem Nichtausfließen des Urins, sondern auch aus dem unbehaglichen und Schweregefühl des Pat. in der Nierengegend erschließt, dann gibt es nichts leichteres als den in dem Harnleiter befindlichen Katheter durch einen anderen sterilisierten zu ersetzen, indem man zuerst in ihn den Mandrin von Albarran einführt, der lang genug ist, um den Katheter über ihn wechseln zu können (Cathétérisme à la suite). Am 4. oder 5. Tage, wenn keine Komplikationen eingetreten sind, pflegen wir die Blasentamponade zu entfernen und die absichtlich offen gelassenen Nähte zu knüpfen. Dann lassen wir noch 1 oder 2 Tage die Harnleiterkatheter liegen, die man ohne Schwierigkeit entfernen und durch einen Dauerharnröhrenkatheter ersetzen kann.

Wir haben Gelegenheit gehabt, die Katheter bis 9 Tage liegen zu lassen, ohne die geringste Komplikation zu merken, und wir behaupten sogar auf Grund der anfangs erwähnten Experimente, daß man sie anstandslos auch 15 Tage liegen lassen kann.

Von großem Vorteil dürfte die Anwendung der Dauerkatheter auch für die Heilung von Blasenfisteln, besonders von frisch operierten

Blasen-Scheidenfisteln sein. Wir hatten noch keine Gelegenheit, sie dabei zu versuchen, aber zweifeln gar nicht, daß man damit gute Resultate erreichen kann.

Endlich dürfte sich die Behandlung mit Dauerharnleiterkathetern bei manchen Blasenleiden (Cystitis usw.) bewähren, die nicht der Sectio alta und nur der Einführung des Cystoskops benötigen; doch habe ich auf diesem Gebiete noch keine Erfahrungen gesammelt.

Mit einem Worte, die Behandlung durch die Dauerharnröhrenkatheter läßt sich in allen Fällen, wo man die Blase einige Tage trocken zu halten nötig hat, anwenden, indem ihre Vorteile so bedeutend sind, daß wir sie ruhig gebrauchen können, ohne uns durch die fernliegende Gefahr der aszendierenden Infektion einschüchtern zu lassen.

Madrid, den 30. April 1908.

---

1) **P. Wojlanski.** Beitrag zum Studium der osteo-periostalen Komplikationen des typhösen Fiebers.

Inaug.-Diss., Paris, 1908.

Verf. gelangt auf Grund seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen. Die osteo-periostitischen Komplikationen des Abdominaltyphus treten meistens im Pubertätsalter auf, und zwar während der Rekonvaleszenz. Doch ist es nicht selten, daß auch erwachsene Personen dieselben darbieten. Meistens werden die langen Knochen, die Rippen und das Sternum befallen. Die Ursache der Erkrankung ist eine Lokalinfektion der betreffenden Teile durch den Eberth'schen Bazillus, und zwar entweder allein oder in Verbindung mit Eiterungsstreptokokken, wodurch es zu Mischinfektionen kommt.

In anatomisch-pathologischer Beziehung können diese Osteoperiostitiden einfach kongestiv, suppurativ oder produktiv sein, je nachdem es nur zu einfacher Schwellung und Entzündung, zu Eiterung oder zur Bildung von Exostosen kommt. Die erstere, sog. plastische Form ist die günstigste und endigt immer mit der vollkommenen Resolution; die eitrige Form kann entweder akut, in wenigen Wochen verlaufen oder chronisch, einen kalten typhischen Abszeß bildend, oder zur Bildung von Exostosen Veranlassung geben. Die Diagnose ist bei der ersteren Form leicht und beruht hauptsächlich auf der anamnestischen Erhebung eines kurz vorhergegangenen typhösen Fiebers, während die chronische Form viele mit Tuberkulose oder Syphilis der Knochen ähnliche Symptome aufweist. In schwierigen Fällen wäre die Serumreaktion vorzunehmen, die oft auch längere Zeit nach stattgehabtem Typhus positive Resultate ergeben kann.

In prophylaktischer Beziehung sollen Traumen in der Rekonvaleszenz eines Typhus nach Möglichkeit verhütet werden, da dieselben erfahrungsgemäß oft die Veranlassung für die in Rede stehenden osteoperiostalen Komplikationen abgeben. Die Behandlung der auf-

getretenen Komplikation geschieht nach allgemeinen chirurgischen Prinzipien.

E. **Toff** (Braila).

2) **B. Morpurgo.** Sulla trasmissione della osteomalacia umana ai topi bianchi.

(Giorn. della R. acad. di med. di Torino. Anno LXXI. Serie IV. Vol. XIV. 1 u. 2.)

Aus den verschiedenen Organen einer an Herzlähmung gestorbenen schwer osteomalakisch erkrankten Frau wurden Diplokokken in Reinkultur gewonnen. Die Injektion dieser Diplokokken rief bei 9 von 13 weißen und gefleckten Mäusen, die 5 Tage bis 6 Monate alt waren, nach 4 Monaten deutliche Skelettveränderungen hervor. Die hinteren Gliedmaßen waren verkürzt und nach innen gekrümmt, das Becken abgeplattet, der Rücken war bei Berührung schmerzempfindlich.

Die histologische Untersuchung ergab dieselben Veränderungen wie bei Tieren, bei denen experimentell leichte Formen von Osteomalakie und Rachitis erzeugt wurden, so daß Verf. die Übertragung der menschlichen Osteomalakie auf Tiere als bewiesen erachtet.

Strauss (Nürnberg).

3) **Fränkel.** Die Möller-Barlow'sche Krankheit.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.)

(Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie Ergänzungsband Nr. 18.)

Das Buch enthält eine sehr genaue Beschreibung des Krankheitsbildes, ausgehend von der Geschichte der Krankheit. In einem speziellen Artikel ist ferner die Röntgendiagnose an der Hand mehrerer Tafeln besprochen.

Verf. hat die Resultate seiner Untersuchungen über die Möller-Barlow'sche Krankheit bereits früher in den Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen veröffentlicht, und kann ich daher im großen und ganzen auf meine Referate dieser Arbeiten (1905 p. 309 und 1907 p. 177) verweisen.

Gaugele (Zwickau).

4) **Karewski.** Über die Bedeutung der Wassermann'schen Syphilisreaktion für die chirurgische Differentialdiagnose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Die Methode der Serodiagnostik bei Syphilis wurde vom Verf. in 28 Fällen angewendet, und zwar konnte der negative Ausfall in 10 Fällen nicht der Methode zur Last gelegt werden; in 6 Fällen hatte er differentiell-diagnostische Dignität, 1 Fall blieb zweifelhaft. In den 18 positiv ausgefallenen Fällen bestätigte die Komplementbindung die mit Sicherheit gestellte Diagnose zehnmal und war in den übrigen 8 zweifelhaften Fällen von ausschlaggebender Bedeutung. Die kurzen interessanten Krankengeschichten illustrieren am besten die Wichtigkeit der Serodiagnostik für die chirurgischen Erkrankungen. K. faßt das Resultat der Untersuchungen folgendermaßen zusammen:

1) Der negative Ausfall der Serodiagnostik hat zwar an sich keine Beweiskraft, kann aber im differentiell-diagnostischen Sinn unter Berücksichtigung der übrigen klinischen Erfahrungen insofern wertvoll sein, als er zweifelhafte, der Syphilis verdächtige Produkte in andere Weise erklärt.

2) Der positive Ausfall zeigt schneller und sicherer als alle anderen Untersuchungsmethoden an, ob Syphilis vorhanden oder überstanden ist.

3) Für den Chirurgen haben diese Tatsachen eine schwerwiegende Bedeutung, weil er trotz Abwesenheit aller sonstigen Zeichen von Syphilis und trotz Versagen anamnestischer Daten bei vielerlei Affektionen im Zweifelsfalle ein bemerkenswertes Merkmal für sein Handeln gewinnt. Deshalb sollte unter diesen Umständen nie die Prüfung mit Wassermann's Serodiagnostik unterlassen werden.

4) Die Anwendung der Methode erübrigt sich aber in allen Fällen, wo durch die Krankengeschichte oder durch Residuen früherer Affektionen die Tatsache, daß der Pat. Lues gehabt hat, feststeht.

Denn für die Beschaffenheit des jeweiligen Produktes, welches Gegenstand der Behandlung werden soll, beweist die Komplementbindung nicht mehr als unsere alten Methoden der diagnostischen Feststellung, sie zeigt nicht etwa an, daß zurzeit floride Syphilis vorhanden ist, weil sie auch bei solchen Menschen auftritt, die zurzeit frei von Erscheinungen sind, sofern sie nur früher infiziert worden sind.

5) Das Verfahren kann nur in solchen Instituten gemacht werden, die mit allen Hilfsmitteln der biologischen Technik ausgestattet sind; es soll daher nur dort angewendet werden, wo die anderen diagnostischen Merkmale versagen. Zu diesen darf aber in Zukunft die probatorische antisyphilitische Kur nicht mehr gerechnet werden.

Langemak (Erfurt).

---

5) **N. Watermann.** Einige Bemerkungen zur Frage: Arteriosklerose nach Adrenalininjektionen.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 202.)

W. spritzte Kaninchen in die Ohrvene jeden 3. Tag 1 Tropfen Adrenalin 1 : 1000 ein. Frühestens nach 5—6 Injektionen beobachtete er das Auftreten von pergamentähnlichen Stellen in der Aorta, die sich bei Fortsetzung der Injektionen zu deutlichen Dellen und aneurysmaähnlichen Gefäßerweiterungen ausbildeten. Mikroskopisch fanden sich Nekroseherde in der Tunica media, Auflösung der Muskelsubstanz, Kalkeinlagerungen an diesen Stellen und örtliche Gefäßerweiterung. Besonders auffallend war die bisher noch nicht beobachtete Streckung der elastischen Fasern an diesen Stellen. Die Fasern selbst blieben sehr lange unversehrt. Entzündungserscheinungen fehlten vollkommen. An der Tunica intima zeigten sich zwei deutlich gegeneinander sich abgrenzende Veränderungen. Einmal fand eine Wucherung von Intimazellen statt, den Partien entsprechend, an denen die Muskelhaut des Gefäßes nekrotisch geworden und das

Gefäß lokal erweitert war. Die Wucherung war dort am stärksten, wo die Einsinkung der Gefäßwand am ausgesprochensten war.

Neben dieser Form fand sich zuweilen eine andere, bei der die Intimawucherung nicht lichtungswärts, sondern angrenzend an die Stellen, an denen die Muskelhaut nekrotisch war, eingesetzt hatte. Viele dieser gewucherten Zellen zeigten Degenerationsprozesse. Auf diese zweite Art der Intimawucherung ist bisher noch nirgends aufmerksam gemacht worden.

Als Ursache für den ganzen Prozeß ist die toxische Einwirkung des Adrenalins auf die Gefäßwand anzusehen. Andere Möglichkeiten: erhöhter Blutdruck und anämische Nekrose durch Kontraktion der Vasa vasorum, sind nach Ansicht des Verf. auszuschließen, da er diese Wirkungen des Adrenalins durch gleichzeitige Anwendung von Amylnitrit bei den Versuchstieren ausschalten konnte.

Eine ausführlichere Beschreibung der Versuche findet sich in der Dissertation W.'s — Leiden 1907. **Doering** (Göttingen).

---

6) **Rössle.** Gibt es Schädigungen durch Kochsalzinfusionen?

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 37.)

Verf. konnte Befunde an den Herzen Obduzierter erheben, die zu einer Kritik und Untersuchung darüber Veranlassung gab, ob Kochsalzinfusionen die Ursache der gefundenen Schädigungen sein könnten. Diese Befunde waren folgende: Der Herzmuskel bot das Bild einer mäßigen Trübung, ohne daß man mikroskopisch eine der parenchymatösen Entzündung entsprechende Veränderung auffinden konnte. Das Infusionsherz ist schlecht zusammengezogen, eher etwas erweitert, etwas mürbe und feucht. Ob die intravenöse oder subkutane Injektion gewählt war, ist nicht von Belang. Das Blut ist entschieden dünn, die Gerinnsel sind auffallend wäßrig durchsichtig, gelb und schwappend. Außer an dem Herzen konnte R. bis jetzt an keinem Organ einen regelmäßigen Befund erheben; wurde bei insuffizienten Nieren eine größere Kochsalzinfusion gegeben, so wurde mehrmals der Darminhalt stark flüssig befunden.

Zwei Fälle werden klinisch und anatomisch beschrieben, die den schädigenden Einfluß der Kochsalzinfusion dartun in Fällen, in denen die Nieren oder das Herz an der Grenze der Leistungsfähigkeit angelangt waren. R. erklärt die Befunde durch ausgedehnte Schädigungen der Kapillaren.

Die Beobachtungen regen nicht nur zur Vorsicht, sondern auch dazu an, bei Sektionen auf die geschilderten Erscheinungen zu achten, damit bald an einem größeren Material die aufgeworfene Frage studiert und entschieden werden kann. **Langemak** (Erfurt).

---

7) **E. v. Haines.** The differential diagnosis of duodenal ulcer and gall-stones.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Für die Differentialdiagnose zwischen Gallensteinkolik und Duodenalgeschwür kommt nach H. vor allem die Verschiedenheit der Schmerzempfindungen, des Brechen und des Meteorismus in Betracht. Bei Gallensteinen handelt es sich um plötzlich auftretende und ebenso wieder verschwindende Schmerzen im Bereiche der vier unteren Dorsal- und zwei oberen Lumbalnerven, die das Zwerchfell und die rechte Schultergegend innervieren, so daß auch hier Schmerzanfälle erklärlich sind. Beim Duodenalgeschwür kommt der Schmerz in Intervallen, abhängig von Nahrungsaufnahme und Meteorismus. Häufig findet sich gleichzeitig Pylorospasmus, während Zwerchfellkrämpfe nur bei perforierenden Geschwüren auftreten. Der Schmerz dauert tage- bis monatelang und läßt sich durch Magenspülungen und Alkalien beseitigen, während die Gallensteinkolik den Gebrauch von Morphium nötig macht. Erbrechen bringt beim Geschwür wesentliche Linderung, das Erbrochene besteht aus aufgenommener Nahrung; bei der Kolik wird nur Schleim und Galle erbrochen, ohne daß hierdurch die Schmerzen verringert werden. Meteorismus fehlt bei Gallensteinen, ist dagegen bei Ulcus duodeni ein häufiges Schmerz verursachendes Symptom, dessen Beseitigung durch Aufstoßen oder Erbrechen Erleichterung schafft.

Weitere Unterscheidungsmerkmale bieten der Ikterus, der bei Duodenalgeschwür fehlt, Magen- und Darmblutungen, die bei Gallensteinen kaum beobachtet werden, und Verstopfung, die beim Ulcus duodeni häufig ist.

In veralteten Fällen ist oft exakte Diagnose unmöglich.

Strauss (Nürnberg).

---

8) **Brewitt.** Zur Operation der akuten Pankreashämorrhagie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Nach unseren heutigen Kenntnissen sind wir nicht imstande, durch ein klinisches Merkmal die schwere akute Form der Erkrankung der Bauchspeicheldrüse mit Sicherheit von einer Perforationsperitonitis oder einem akuten Darmverschluß zu unterscheiden. Die Zuckerausscheidungen im Urin sind inkonstant. Das klinische Bild wird durch diffuse Beteiligung des Peritoneums und durch schwere Allgemeinerscheinungen, wie hohe Pulsfrequenz, plötzlichen Verfall, Singultus und Erbrechen beherrscht. Ist nach Eröffnung der Bauchhöhle durch das Vorhandensein eines blutig serösen Exsudats, durch den Nachweis von Fettgewebsnekrosen und den palpatorischen Befund des vergrößerten Organs die Diagnose Pankreatitis sichergestellt, so handelt es sich darum, das erkrankte Organ zu isolieren, seine Produkte zeitweise auszuschalten; die Pankreashämorrhagie ist wie eine Pankreatitis acuta infectiosa zu behandeln.

Die zweckmäßige Frühoperation besteht in der primären Inzision und Drainage des Pankreas mit nachfolgender gründlicher Spülung der Bauchhöhle mit Kochsalz, durch welche auch der mitgeteilte, vom Verf. in Körte's Abteilung operierte Fall gerettet wurde (16 Jahre alter Lehrling). Das einfache Ablassen des Exsudats und die Drainage der Bauchhöhle soll von uns in verzweifelten Fällen, in denen den Pat. nichts mehr zugemutet werden kann, angewendet werden.

Die Tampons sollen möglichst lange liegen bleiben wegen der Gefahr der sekundären Blutung. **Langemak** (Erfurt).

---

9) **V. Blum.** Die Grenzen der Leistungsfähigkeit des radiographischen Konkrementnachweises. (Aus der urologischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

Seit Rumpel enthusiastisch behauptete, daß man unter allen Umständen jeden Stein in den Harnwegen röntgenographisch darstellen könne, sind doch eine Reihe von Arbeiten erschienen, welche diesen Standpunkt nicht teilen. Auch B. schließt sich ihnen an und bringt eine Anzahl negativer Röntgenbefunde bei positivem Operationsergebnis, sodann positive Befunde bei negativem Operationsresultat, und bespricht die Ursachen der Fehldiagnosen. Besonders beweisend erscheint ein Fall, bei dem auch in der exstirpierten, in eine feuchte Kompresse eingehüllten Niere der mandelgroße Uratstein röntgenographisch nicht nachweisbar war. Er bestand aus reiner Harnsäure!

Ein Konkrement ist nur dann deutlich sichtbar, wenn seine Dichte gegen die Umgebung zu-, oder das spez. Gewicht der Umgebung abnimmt; daher sind Blasensteine manchmal nur bei Luftfüllung sichtbar. Normale oder pathologische Körperflüssigkeiten (Eiter) bieten dem Konkrementnachweis durch ihre Strahlenundurchlässigkeit oft ein erhebliches Hindernis.

Bei den fehlerhaften positiven Diagnosen spielen die subjektiven Fehlerquellen eine große Rolle. Allerdings dürften Plattenfehler, Täuschungen durch Skybala vom Verf. nicht gegen Rumpel's obige Behauptung angeführt werden, da man sich gegen sie ja durch Aufnahme auf mehreren Platten oder zeitlich getrennte Aufnahmen schützen kann. Schwerer vermeidbar sind Täuschungen durch Verkalkungen in Rippenknorpeln, Querfortsätzen, Drüsen u. a. m. Hier hilft manchmal Kombination der Röntgenographie mit Harnleiterkatheterismus oder Stereoskopbilder.

Nicht zu vergessen ist, daß ein Röntgenogramm unmittelbar vor der Operation anzufertigen ist, da früher nachgewiesene Steine event. inzwischen abgegangen sein können. Endlich müssen auch bei einseitigen Symptomen beide Seiten aufgenommen werden, da der renorenale Reflexschmerz zu Täuschungen über die Lokalisation Anlaß geben kann. **Renner** (Breslau).

---

*

10) O. Raskai (Budapest). Untersuchungen über die Ätiologie der Prostatahypertrophie.

(Wiener klin. Rundschau 1908. Nr. 8.)

In dem bisher ergebnislosen Streit über die Ursache der Prostatahypertrophie lehnt Verf. auf Grund langjähriger Untersuchungen ganz und gar den Standpunkt ab, daß das Leiden durch chronische Entzündung bewirkt werde; dagegen sprechen seine Befunde und die Überlegung, daß ein gelegentliches Vorfinden von Hypertrophie und Entzündung gar nicht für einen Kausalzusammenhang zu verwerten ist. Die Ursachen müssen in der Vielfältigkeit der physiologischen Aufgaben des Organes gesucht werden, der Rolle, die es im Organismus spielt und in dem durch seine anatomische Lage innerhalb des Beckens bedingten Zusammenspiele der Reize und Wirkungen und der Gesamtwirkung aller dieser Faktoren; die Ätiologie ist somit keine einheitliche. **Schmieden** (Berlin).

---

11) P. Delbet. Suture de la vessie par décollement et rebroussement de la muqueuse.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 26.)

D. erinnert an seine im vergangenen Jahr in den Annales des maladies des organes génito-urinaires mitgeteilte Methode der Blasennaht.

Er trennt rund um den ganzen Blasenschnitt einen 1 cm breiten Streifen der Schleimhaut von der Muscularis ab. Dann näht er die Muscularis mit Catgut, und zwar so, daß die Nadel immer 1 cm vom Rande durchsticht an der Stelle, wo die Schleimhaut wieder an der Unterlage haftet. Werden die Faden angezogen und geknüpft, so muß die von den Nadeln nicht betroffene Schleimhaut sich in die Blase vorwölben: die abgelösten Schleimhautstreifen richten sich auf und ragen, eng aneinanderliegend, wie ein Grat in das Blaseninnere. Auf diese Art will D. erreichen, daß blutreiche, zur Verklebung neigende Flächen zusammengebracht werden.

Seinerzeit konnte er über zwei sehr zufriedenstellende Fälle berichten. Hier bringt er einen dritten, bei dem unter schwierigen Verhältnissen (Abszesse in der Umgebung) primäre Heilung der Blasennaht erzielt wurde. **V. E. Mertens** (Kiel).

---

12) A. Adler. Zur Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Nephrolithiasis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 49.)

In der Ätiologie der Nephrolithiasis spielt ein physikalisches Moment eine vorwiegende Rolle. Es muß ein morphologisches Mißverhältnis zwischen Harnströmung und Bau der Harnkanälchen vorhanden sein. Nur wenn sich in den Harnwegen »tote Winkel« finden, kann — bzw. muß dann — Steinbildung eintreten. Daraus folgt weiter, daß bei angeborenen Anomalien der Harnkanälchen die

Steinbildung mit dem Beginne der Harnsekretion einsetzt. Daher sind auch Rezidive dadurch zu erklären, daß entweder multiple Steinbildung vorliegt, oder der tote Winkel bei Abgang des Steines nicht zerstört wurde.

Wenn man als Ursachen der Steinbildung abnorme tektonische Verhältnisse der Harnkanälchen ansieht, vom fötalen Zustande der Nieren angefangen bis zu den Mißbildungen, so lassen sich leicht noch andere »Stigmen« solcher Entwicklungshemmungen finden. Aus der Literatur stellt Verf. eine Reihe solcher Beobachtungen zusammen, z. B. häufige Kombination von Nephrolithiasis und Wanderniere, u. a. m.

So läßt sichs auch erklären, daß sich im Stammbaume Steinkranker Nephrolithiasis, aber auch andere Krankheiten des Harnapparates häufig finden, die sich auf eine gemeinsame, angeborene Organminderwertigkeit zurückführen lassen. Häufig ist die Spur dieser Minderwertigkeit am Pat. unauffindbar, aber im Stammbaume deutlicher. Auch in der Enuresis sieht A. ein Zeichen solcher und zeigt in der folgenden Kasuistik, daß in allen seinen neun Fällen diese entweder beim Pat. oder im Stammbaume nachweisbar war. Allerdings kann er vorläufig nur in fünf Fällen die Richtigkeit seiner Diagnose beweisen. Nebenbei sei bemerkt, daß nach des Verf.s Ansicht auch die Eklampsie mit Vorliebe in Familien mit Minderwertigkeit des Harnapparates vorkommt.

Sein Material legt Verf. die Vermutung nahe, daß die Nephrolithiasis eine häufige, geradezu typische Erkrankung des minderwertigen Harnapparates sei.

Für die Therapie ergibt sich aus der rein mechanischen Auffassung der Ätiologie die Folgerung, daß eine Beseitigung in Bewegung gekommener, also Symptome machender Steine durch Verstärkung des Harnstromes anzustreben ist; bei kleinen Steinen ist vielleicht von Erschütterungen ein Erfolg zu erwarten. So erklärt sich auch das Auftreten von Nierensteinen bei Wirbelfraktur als ein Auftreten von Steinsymptomen dadurch, daß vorhandene Steine in Bewegung geraten.

Renner (Breslau).

---

13) **E. Lick.** Ein weiterer Beitrag zur heteroplastischen Knochenbildung in Nieren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 1.)

L., der schon früher dasselbe Thema wie in der vorliegenden Arbeit behandelt hat, hat durch eine neue Versuchsanordnung jetzt schneller und sicherer wie früher Knochenneubildung in verkalkten Kaninchennieren erzielt. Er verfuhr so, daß er die Kapsel der linken, leichter zugänglichen Niere exstirpierte oder über den Hilus zurückstreifte. Dann wurden nach Eröffnung der Bauchhöhle Milz und Netz um die Niere gelegt. Entweder gleichzeitig oder in einer späteren Sitzung wurden die Nierengefäße durchschnitten und unterbunden. Die Niere wird danach zum größten Teile nekrotisch. Die Ursprungs-

stätte der Knochenneubildung ist das Bindegewebe unterhalb des kubischen Beckenepithels. Bereits 14 Tage nach der Gefäßunterbindung ist Bildung von osteoidem Gewebe, nach 16 Tagen deutliche Knochenbildung nachzuweisen. Nach 40—62 Tagen ist die Knochenbildung, die in verschiedenen Formen auftritt, quantitativ wie qualitativ auf der Höhe und nimmt einen beträchtlichen Teil der Niere ein. Sicher ist, daß die Knochenbildung regelmäßig in dem unmittelbar unter dem Beckenepithel liegenden Bindegewebe ihren Anfang nimmt. Es ist also nicht das in die verkalkte Niere einwuchernde Bindegewebe, das den Anstoß zur Knochenbildung gibt, sondern ein von vornherein vorhandenes und der Nekrose entgangenes Gewebe, das sich in Knochen umbildet. Bei gleichzeitiger Unterbindung des Harnleiters verfällt auch das Nierenbecken der Nekrose, und es tritt keine Verknöcherung ein. Knochenmark und Knochen entstehen zu gleicher Zeit. Auch durch isolierte Unterbindung der Nierenvene kann Ossifikation erzeugt werden. Warum gerade in der Niere die Knochenbildung auftritt, ist nicht leicht zu erklären, da andere Organe nach Gefäßunterbindung höchstens eine geringe Verkalkung und gar keine Knochenbildung aufweisen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

14) **J. G. Mönckeberg.** Über »syncytiumhaltige« Hodentumoren.

(Virchow's Archiv Bd. CXC. p. 381.)

An die sehr ausführliche histologische Beschreibung dreier derartiger Fälle knüpft M. folgende Schlußfolgerungen: Die in Hodengeschwülsten vorkommenden syncytialen Protoplasmamassen sind sicher nicht als gleichwertige Elemente aufzufassen. Man kann nach den syncytiumhaltigen Wucherungen zwei Gruppen von Geschwülsten unterscheiden, die nur eine oberflächliche makroskopische Ähnlichkeit besitzen, bedingt durch ihre Neigung zu Blutungen und Nekrosen und die morphologisch oft sehr sich ähnelnden Syncytien. Die erste Gruppe umfaßt die Hodenteratome mit chorioentodermalen Formationen und epithelialen Syncytien. Zur zweiten Gruppe gehören einheitliche oder teratoide Geschwülste mit perivaskulären lymphangioendotheliomatösen Formationen und syncytialen Protoplasmamassen sicher endothelialen Ursprungs. — Bezüglich der Details muß auf das Original verwiesen werden. Literatur.

Doering (Göttingen).

---

15) **Regaud et Dubreuilh.** Influence de la roentgénisation des testicules sur la structure de l'épithélium séminal et des épididymes, sur la fécondité et sur la puissance virile du lapin.

(Lyon méd. 1908. Nr. 9.)

Nach einem Überblick über die bisher gewonnenen Kenntnisse bezüglich des Einflusses der Röntgenstrahlen auf die männlichen

Generationsorgane wenden sich die Verff. ihren eigenen Versuchen zu, die sie an Kaninchen anstellten. Anknüpfend an die Experimente von Albers-Schönberg suchten sie vor allem die Frage zu beantworten, wie sich die genitale Funktion nach der Bestrahlung verhalte. Sie kommen dabei zu folgenden Resultaten:

1) Bei weniger intensiver Bestrahlung verschwinden die Spermatozoen und ihre Mutterzellen nur vorübergehend; nach einigen Monaten tritt Regeneration ein.

2) Der Nebenhoden hat die Funktion einer Drüse sowie die eines Reservoirs für die Spermatozoen; sein Parenchym scheint gegen Röntgenstrahlen nicht besonders empfindlich zu sein.

3) Der Koitus bald nach der Bestrahlung ist stets steril, obwohl die Spermatozoen in der Epididymis beweglich sind; dieselben sind also nur scheinbar nicht geschädigt.

4) Der Begattungstrieb und die Potentia coeundi wird durch die Bestrahlung anscheinend gesteigert. **Boerner** (Rastatt).

---

16) **O. Vulpius** (Heidelberg). Über den Wert der Arthrodese.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 7.)

V. hält die Arthrodese für angezeigt, wenn wir einem unzweifelhaft definitiven Lähmungszustande gegenüber stehen, also jede Hoffnung auf Wiederkehr aktiver Bewegungen ausgeschlossen ist, und wenn wir die Überzeugung haben, daß der zu erwartende Vorteil der Arthrodese wesentlich größer ist als ihr Schaden, daß also die zu erzeugende Gelenkversteifung im Vergleich zu dem vorhandenen Zustande des Gelenkschlotterns das viel kleinere Übel darstellt. Im weiteren bespricht Verf. die Indikationen für die verschiedenen Gelenke. Beim Sprunggelenk gibt die Arthrodese, auch doppelseitig ausgeführt, gute Resultate, während sie am Kniegelenk bei schwerer doppelseitiger Lähmung, ebenso am Hüftgelenk bei solcher nur einseitig gemacht werden darf.

Bezüglich der Technik empfiehlt V. ausgiebige Eröffnung des Gelenkes mit Anfrischung der Gelenkenden und am Schulter- und Kniegelenk mit nachfolgender Knochennaht, am Sprunggelenk mit typischer Fasciodese der drei vorderen Unterschenkelmuskeln, am Kniegelenk mit exakter Naht des durchtrennten Streckapparates und Durchtrennung der drei Beugesehnen in der Kniekehle, am Hüftgelenk mit Ausbohrung der Pfanne, am Schultergelenk mit Drahtnaht zwischen Kopf, Pfanne und Akromion.

Die von V. erzielten Resultate werden durch einige Röntgenbilder veranschaulicht. Eine durchaus feste Ankylose wurde am Sprunggelenk in 50—60%, am Kniegelenk in ca. 75%, am Schultergelenk in 80% erreicht; am Hüftgelenk blieb immer einiges Wackeln zurück, das das Sitzen erleichterte. Durchaus befriedigend waren die funktionellen Erfolge. **Kramer** (Glogau).

---

17) **Frangenheim.** Die Myositis ossificans im M. brachialis nach Ellbogenluxationen, ihre Diagnose und Behandlung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Die Knochenbildung findet sich bei der Verrenkung beider Vorderarmknochen nach hinten gewöhnlich einige Wochen nach der Verletzung. Wenn sich dieselbe auch gewöhnlich nach sachgemäßer Behandlung (Einrenkung) einstellt, so findet sie sich jdoch auch bei veralteten Ellbogenverrenkungen. Sie läßt sich durch die Beziehungen der Muskulatur zur Gelenkkapsel erklären. In der Königsberger Klinik wurden sechs derartige Fälle beobachtet. Die Verknöcherungen lagen immer in der Muskulatur, zweimal auch in der Kapsel. Bei der Behandlung ist zu berücksichtigen, daß die Muskelknochen spontan verschwinden können, andererseits aber nach operativer Entfernung zuweilen rezidivieren. Bei Kompression auf Gefäße oder Nerven muß operiert werden; aber auch sonst empfiehlt F. die Operation als die zweckmäßigste Behandlung. **Borchard** (Posen).

---

18) **Cailland.** Note sur les fractures de l'avant-bras par retour de manivelle; dites fractures des chauffeurs.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 7.)

C. demonstriert der Gesellschaft eine Reihe von Röntgenographien dieser Brüche. Ihr Zustandekommen kann ein direktes sein, wenn die Hand den zurückschnellenden Handgriff verläßt und dieser die Hand oder den Vorderarm trifft. Die Knochen brechen an der Stelle der Gewalteinwirkung. So wird z. B. ein Speichenbruch in der Mitte demonstriert.

Die indirekten Brüche ereignen sich, wenn die Hand bei der plötzlichen Rückwärtsbewegung nicht losläßt. Die Gewalt trifft die Handwurzel und setzt sich durch die Bänder auf die Vorderarmknochen fort. Es erfolgt entweder eine »einfache Verrenkung«, oder ein Abriß des Knochens, oder eine Epiphysenlösung.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

19) **R. Horand.** A propos de la camptodactylie ou inflexion permanente du petit doigt, et parfois des doigts voisins d'origine tuberculeuse.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 20.)

20) **G. Millian.** La lésion anatomique de la camptodactylie.

(Ibid. Nr. 24.)

Nach Landouzy, der die Affektion zuerst beschrieb, liegt ihr eine Sklerose der para- und periartikulären fibrösen Gewebe zugrunde bei völliger Integrität der Gelenkteile der Knochen und der Synovialis; die Metacarpophalangealgelenke bleiben unbeteiligt.

Nach M. sind alle, nach H. ein gutes Drittel aller Fälle tuberkulösen Ursprunges. Sichere anatomische Unterlagen für diese Auf-

fassung scheinen noch nicht zu existieren. Ebenso bestehen Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Beteiligung der Sehnen. H. ist der Ansicht, daß die Verkürzung der Sehnen stets sekundär (das gleiche gilt von event. tuberkulöser Erkrankung der Sehnen) auftritt infolge der gekrümmten Haltung der Finger, während M. nur zugibt, daß die Sehnen »nicht allein beteiligt« sind. **V. E. Mertens** (Kiel).

---

21) **Selby** and **Heath.** The open method in the treatment of Pott's fracture of the leg.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Die Verff. weisen darauf hin, daß bei Pott's Fraktur — Abriß des inneren Knöchels und Bruch des Wadenbeines 7 cm oberhalb des äußeren — sehr häufig die Sehne des M. tibialis posticus nach vorn und oben verschoben ist. Sie sind Anhänger der operativen Behandlung, welche darin besteht, daß nach Freilegen der Bruchstelle am inneren Knöchel die Sehne richtig gelagert und der abgebrochene Malleolus internus mit der Tibia durch eine Knochennaht vereinigt wird. Nicht allein hören hiernach sofort die Schmerzen am Fuß auf, sondern es findet auf diese Weise auch die idealste Reposition des Bruchstückes statt. Allerdings darf die Operation nur dort gemacht werden, wo eine ganz sichere Asepsis beherrscht wird. Drei Fälle werden beschrieben. **Herhold** (Brandenburg).

Kleinere Mitteilungen.

22) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

170. Sitzung, den 9. März 1908.

Vorsitzender: Herr Rinne.

1) Herr Rinne: Über die Differentialdiagnose von Typhlitis und Adnexerkrankung.

R. weist zunächst auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen den Affektionen der weiblichen Genitalorgane und der akuten Wurmfortsatzentzündung hin unter Mitteilung instruktiver Fälle seiner Praxis. Unangenehme Erfahrungen, die man bei abwartendem Verhalten behufs Sicherung der Diagnose oft macht, führen jeden Operateur dazu, auch ohne sichere Diagnose in akuten ernsten Fällen schnell operativ einzugreifen. Besonders auch bei schwangeren Frauen rät R. mit anderen, in zweifelhaften Fällen sofort zu operieren, von der Erwägung ausgehend, daß ein Abszeß, woher er auch stamme, für eine Schwangere eine große Gefahr bedeutet. In den letzten 5 Jahren hat nun R. bei allen weiblichen Kranken, welche wegen Appendicitis zur Operation kamen, durch möglichst genaue gynäkologische Untersuchung die pathologisch-anatomischen Beziehungen zwischen Blinddarm und den rechtsseitigen Adnexen und Parametrien feststellen lassen; 41 (= 11%) boten solche dar; bei $^2/_3$ derselben war ein Zusammenhang vor der Operation festgestellt bzw. vermutet; in den übrigen Fällen wurde er unvermutet gefunden, oder es lag keine Appendicitis vor (4 Tuberkulosen des Wurmfortsatzes und der Adnexe, 8 Pyosalpingen, bei denen 3mal eine gesunde Appendix vorlag). Bei Graviden wurde 2mal die Appendix, 1mal eine Pyosalpinx ohne Schwangerschaftsunterbrechung entfernt. 18mal bestanden Verwachsungen der Appendix mit dem Parametrium, resp. übergeleitete Entzündungen und Eiterungen.

3mal wurden bei Appendicitis Ovarialcysten gefunden, die Beckenabszesse vortäuschten. In 5 Fällen von Douglasabszessen konnte erst mikroskopisch und bakteriell der Ausgangspunkt der Eiterung im Wurmfortsatz (3) oder in der Tube (2) erwiesen werden; der Wurmfortsatz war stets mitentfernt worden. R. beleuchtet, wie die unmittelbare nachbarliche Lage zwischen Appendix und rechten Adnexen, insbesondere auch die Verbindung durch das Lig. appendiculo-ovaricum, sowohl intraperitoneal wie extraperitoneal die Fortleitung der appendicitischen Entzündung auf die Beckenorgane begünstigt und untersucht unsere diagnostischen Kriterien nach seinen Erfahrungen auf ihre Bedeutung. Er betont besonders die Wichtigkeit der Anamnese. Bei Vorhandensein einer Peritonitis fand er auch öfters die von Barth angegebenen diagnostischen Merkmale vorhanden, nämlich bei der Wurmfortsatzperitonitis heftige Schmerzen im ganzen Leib oder in der Magen- und Nabelgegend oder nur in der Blinddarmgegend, dabei eine reflektorische Muskelspannung, entsprechend der Ausdehnung der Entzündung; bei der gonorrhoischen Peritonitis findet man dagegen schnell abklingende stürmische Initialsymptome, Meteorismus und keine reflektorische Bauchdeckenspannung, dabei das hintere Scheidengewölbe und den Uterus empfindlich. Doch kommen Ausnahmen vor, wofür R. ein Beispiel vorführt (Pyosalpinx mit Peritonitis); auch in einem Falle von geplatzter Tubargravidität fand R. ausgesprochene reflektorische Bauchdeckenspannung. Das Rovsing'sche Symptom (Erzeugung von Schmerz in der Coecalgegend durch Druck auf das S romanum und dadurch bedingte Gasspannung im Dickdarme) hat sich R. nicht so allgemein bewährt wie Rovsing es angibt. — Noch unsicherer ist die Differentialdiagnose oft in chronischen Fällen, wenn die Appendix tief ins Becken ragt und mit den Adnexen durch Adhäsionen verlötet ist; die klinischen Symptome und die Anamnese können dabei manchmal ein ganz verkehrtes Bild liefern; es werden bei primärer Erkrankung der Appendix Reizerscheinungen an den Ovarien mit Menstruationsstörungen ausgelöst, wie andererseits menstruelle Fluxionen der Genitalien Reizerscheinungen an der chronisch entzündeten Appendix hervorrufen. Dann erlangt man erst durch die Operation Aufklärung; gewöhnlich beseitigt die Entfernung der Appendix die uterinen Beschwerden. Es bleibt also die Differentialdiagnose der Appendicitis und der Adnexaffektionen trotz genauester Untersuchung unsicher. R. empfiehlt, in zweifelhaften Fällen so vorzugehen, als ob eine Appendicitis vorliegt; rechtsseitige gynäkologische Leiden soll man grundsätzlich von oben angreifen, weil man eine etwa erkrankte Appendix bei der vaginalen Operationsmethode nicht gehörig versorgen kann.

Diskussion: Herr Gottschalk erörtert die bei der Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und Adnexerkrankungen in Betracht kommenden Momente an der Hand seiner gynäkologischen Erfahrungen.

Herr Müller regt an, die Untersuchung auf die Hautempfindlichkeit der Genitalorgane und für das Ileocoecum in Betracht kommenden Head'schen Zonen zu verwerten.

2) Herr A. Pinkuss: Therapeutische Versuche mit Pankreasfermenten: Trypsin und Amylopsin.

P. hat, von der Erkenntnis ausgehend, daß der Auf- und Abbau der Krebsgeschwülste in streng spezifischer Weise erfolge, daß im karzinomatösen Organismus die geeignete Menge eines fermentartigen Stoffes fehle, den der Gesunde besitzt, in seiner Klinik und im Elisabethkrankenhause mit Trypsin, dem proteolytischen Ferment, und Amylopsin, dem stärke- und glykogenspaltenden Ferment des Pankreas, Versuche zum Zwecke der kurativen Beeinflussung von Krebserkrankungsfällen angestellt. Er hat die subkutane Anwendung der Fermentpräparate zum Zwecke der Einführung in den allgemeinen Körperkreislauf vorgenommen und sich nicht bloß auf die subkutane Einführung im unmittelbaren Gebiete des Krankheitsherdes beschränkt; er verweist über seine näheren Erwägungen auf seine im Juli v. J. geschehene Veröffentlichung in der »Med. Klinik« und in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Nachdem er zunächst die chemische Wirksamkeit der von ihm verwandten Präparate geprüft und entsprechende Tierversuche vorgenommen hatte, hat er über den pharmako-

gnostischen Wert, d. h. über die Anwendungsfähigkeit im gesunden und kranken menschlichen Organismus Versuche angestellt und hierbei konstatiert, daß durch die subkutane Einführung der Pankreasfermente eine besondere lokale oder allgemeine Schädigung nicht verursacht wird.

Seine praktischen Ergebnisse am krebskranken Organismus sind aber als negative anzusehen. Er hat wohl länger anhaltende subjektive Besserung, längeren Stillstand im Verlaufe der malignen Wucherung, im Auftreten von Metastasen beobachtet, indes die Überzeugung nicht gewonnen, daß dies unbedingt der Einwirkung der Fermente zuzuschreiben ist. Bei keinem der 14 Fälle hat er trotz vielmonatiger Injektionen eine absolut sicher zu konstatierende objektive Besserung oder gar Heilung eintreten sehen. Allerdings hat er wiederholt Erweichungs- bzw. Verflüssigungsherde in den krebsigen Stellen beobachtet.

Vortr. gibt sodann einen weiteren Ausblick über die Fragen, welche die bei der Krebskrankheit tätigen Fermente und ihre etwaige therapeutische Beeinflussung bzw. Verwendung betreffen. Entweder handle es sich um das Auftreten neuer Enzyme in der malignen Neubildung, oder darum, daß die präexistierenden zu einer unbehinderteren Tätigkeit dadurch kommen, daß der hemmende bzw. regulierende Einfluß von im umgebenden Gewebe vorhandenen Kräften geschädigt bzw. ganz ausgeschaltet ist; er verweist dabei auf die Versuche von Hofbauer und Bier und sucht diese mit seinen Anschauungen in Einklang zu bringen.

Sodann berichtet Vortr. noch über zwei interessante Beobachtungen, die er zufällig bei der Anwendung der Pankreasfermente gemacht hat. Bei einem 58jährigen Manne, bei dem in der linken Gesichts- und Halsgegend ein ausgebreiteter tuberkulöser Krankheitsprozeß aufgetreten war, hat er, nachdem monatelange lokale Behandlungsmaßnahmen, mehrfache Röntgenbestrahlungen gänzlich erfolglos geblieben waren, durch Injektion seiner Fermentpräparate eine auffallende Besserung und sichtbare Tendenz zur Ausheilung des Prozesses konstatieren können; der betreffende Mann und eine von seiner damaligen Erkrankung aufgenommene Reproduktion werden demonstriert. Durch diesen Erfolg veranlaßt, behandelte P. darauf ein 14jähriges Mädchen, das seit vielen Monaten wegen tuberkulöser Halsdrüsenerweiterung vielfachen operativen Eingriffen erfolglos unterzogen war, ebenfalls mit Trypsininjektionen mit demselben Erfolge, daß eine auffallende Tendenz zur Ausheilung eingetreten ist. Das Mädchen wird vorgestellt.

Vortr. unterläßt es absichtlich, aus dieser rein zufällig eingeleiteten Behandlungsmethode weitere Schlüsse über den Einfluß des ja in alkalischem Medium wirksamen Trypsin auf Eiterungsprozesse zu ziehen; er deutet nur auf die Versuche hin, die mit Pepsinlösungen bei Eiterungs- und andersartigen Degenerationsprozessen gemacht wurden.

3) Herr Seefisch: a. Volvulus des Colon ascendens.

S. stellt einen 54jährigen Mann vor, den er am 13. Januar operiert hat. Derselbe war 6 Stunden vorher nach einer sehr reichlichen Mahlzeit mit heftigen Schmerzen im ganzen Abdomen und starkem Erbrechen erkrankt. Bei der Aufnahme starker Kollaps und allgemeine Druckempfindlichkeit des bretthart gespannten Abdomens. Hauptschmerz in der Magen- und rechten Bauchgegend. Undeutlich fühlbare Resistenz in der rechten Bauchseite oberhalb des McBurneyschen Punktes. Diagnose: wahrscheinlich Appendicitis mit Perforation. Sofortige Operation. Nach Eröffnung des Bauches rechts war weder Coecum noch Colon ascendens zu finden. Erst nach Erweiterung des Schnittes fand sich ein Volvulus des ganzen Colon ascendens, welches um ca. 90° in rechts gewundener Spirale gedreht war und einen von rechts oben schräg nach links unten verlaufenden, sich fast solide anfühlenden Tumor bildete. Rückdrehung und Rücklagerung, worauf der Darmteil anfing, sich zu erholen. Bei der Reinigung der mit serös-eitrigem Exsudat gefüllten Bauchhöhle wurde noch eine Magenperforation (Ulcus pepticum) nahe dem Pylorus entdeckt und nach Exzision der Ränder übernäht. Ausspülung der Bauchhöhle, Naht mit zwei Drains, glatte Heilung.

S. hält die Magenperforation für das Primäre, den Volvulus des an einem abnormen Mesenterium ileocoeci commune befestigten Colon ascendens für eine Folge des heftigen Erbrechens.

S. bespricht sodann an der Hand der nicht sehr großen Literatur die Ätiologie, den Symptomenkomplex und die Prognose dieser in Deutschland äußerst seltenen Lageveränderung, wie sie hauptsächlich von Sallin (Helsingfors) und v. Zöge-Manteuffel beschrieben sind. Sehr viel häufiger als in Deutschland kommt der Volvulus des Colon ascendens in Rußland und Finnland vor, was S. auf Grund der Literaturstudien weniger auf ein häufigeres Vorkommen des Mesenterium ileocoecale commune als auf die unzweckmäßige Lebensweise schieben zu müssen glaubt.

b. Uretersteine nach Verletzung des Rückenmarkes.

S. stellt einen 19jährigen Mann vor, der im Oktober 1907 einen Bruch des I. Lendenwirbelkörpers erlitten hatte mit vorübergehender (8tägiger) Blasenlähmung und ebenfalls vorübergehender Lähmung der unteren Extremitäten. 8 Wochen nach dem Trauma rechtsseitige Nieren- und Ureterkolik. Nachweis zweier Steine im rechten Ureter durch Röntgenogramm. Operation am 9. August. Freilegung des Ureters durch Israel'schen Schrägschnitt, und Entfernung der Steine durch Inzision des Ureters. Der größere Stein hatte die Ureterwand ganz inkrustiert. Naht des Ureters und der Weichteile. Glatte Heilung in 3 Wochen ohne Fistel.

S. bespricht die verschiedenen Theorien, welche von Kurt Müller, Stolper, Weber u. a. über die Entstehung der Nierensteine nach Verletzung des Rückenmarkes aufgestellt sind und kommt für seinen Fall zu dem Ergebnis, daß die Steine im Ureter selbst entstanden sein müssen, da sie fest an der Wand hafteten, wahrscheinlich infolge einer bei dem Fall auf den Rücken gleichzeitig entstandenen Verletzung der Ureterwand. Um den Bluterguß herum haben sich dann die Phosphate niedergeschlagen. In Verbindung mit der Wirbelfraktur bringt S. die Steinbildung nur insofern, als er im Einklang mit den Untersuchungen anderer Autoren die Möglichkeit zugibt, daß infolge des Abbaues von Kalksalzen in dem zertrümmerten Wirbelkörper eine vermehrte Disposition zur Konkrementbildung in den Nieren geschaffen worden ist.

4) Herr Katzenstein: a. Verdauung lebenden Gewebes. (Demonstration von Präparaten.)

K. berichtet über Versuche, die er im Anschluß an die Untersuchungen über den Magenmechanismus nach Gastroenterostomie unternommen hat. Er hat im Gegensatz zu verschiedenen Autoren der neueren Zeit gefunden, daß lebendes Gewebe verschiedenster Art auch bei bester Ernährung im Magen verdaut wird, daß aber Magen und Duodenum, in den Magen gebracht, von den Fermenten des Magensekrets nicht angegriffen werden. Dieser interessante Anpassungsvorgang beruht auf dem Vorhandensein von Antifermenten in der Schleimhaut des Magens, die, wie K. gefunden hat, auch in der Schleimhaut des getöteten Tieres vorhanden und wirksam sind. Denn solche Schleimhaut verhindert im Reagensglase die Verdauung des Fibrins im Magensafte.

b. Gangrän der Hand nach Jodoforminjektion.

K. berichtet über eine Handgangrän, entstanden dadurch, daß ein Arzt Jodoformglyzerin statt in das tuberkulöse Handgelenk in die A. ulnaris injiziert hat.

c. Demonstration eines einfachen Apparates für künstliche Atmung bei intrathorakalen Operationen.

K. demonstriert einen Apparat für künstliche Atmung bei Pneumothorax, bestehend aus einem Blasebalg und dem Tubagerohr nach Kuhn und zeigt an der einer Leiche entnommenen Lunge die wirksame Tätigkeit des Apparates: die Lunge atmet scheinbar. Hauptvorzug: Jeder Arzt kann sich den Apparat improvisieren.

5) Herr Schwalbach: a. Dupuytren'sche Kontraktur.

S. bekam im Juni 1907 eine 18 Jahre bestehende Dupuytren'sche Kontraktur beider Hände eines 61jährigen Kunstschlossers in Behandlung, bei der der 4. und

5. Finger so stark gebeugt waren, daß die Fingerspitzen die Vola manus berührten, der 3. Finger und Daumen jedoch in geringerem Grade betroffen war. Da eine Operation abgelehnt wurde, injizierte S. Fibrolysin direkt in das narbige Gewebe, und zwar jedesmal den Inhalt einer 2,3 ccm fassenden Ampulle der Firma Merck. Der Kranke erhielt innerhalb 5 Wochen neun Spritzen, und zwar sieben in die rechte und zwei in die linke Hand — die ersten vier Spritzen wurden abwechselnd gegeben. Zu Hause mußte der Kranke 2mal täglich 10 Minuten in heißem Seifenwasser baden. Nach der 3. Injektion zeigte sich Erfolg, der dann stetig zunahm. Anfang März 1907 konnten die Finger vollständig gebeugt und gestreckt werden; dieser Zustand besteht jetzt noch in gleicher Vollkommenheit.

S. weist auf das Überraschende des Erfolges der Fibrolysinmedikation bei einer so alten Kontraktur, wie des Dauererfolges hin und rät dazu, im Gegensatz zu Lexer, der heute selbst den Versuch einer derartigen Behandlung verwirft (wie aus einer im Jahre 1907 erschienenen Dissertation von Dobrowolski hervorgeht), doch die Fibrolysinbehandlung nachzuprüfen. Er hebt als Nachteile die Schmerzhaftigkeit der Injektion, die auch nicht durch Äthylchlorid zu unterdrücken war, sowie die Möglichkeit des Entstehens von nur langsam verschwindenden Ödemen hervor. (Abbildungen siehe Deutsche med. Wochenschrift.)

b. Entzündlicher Exophthalmus.

S. hatte im April und Dezember 1907 Gelegenheit, mit dem Augenarzte Prof. Fröhlich zwei Fälle von entzündlichem Exophthalmus zu beobachten. Beim ersten Pat. war schon vor dem Eintritt in die ärztliche Behandlung das Auge durch Sehnervenatrophie, infolge des bestehenden Druckes, blind geworden, und eine zur Ableitung der Entzündung in die Orbita gemachte Inzision diente nur zur Erhaltung des Bulbus. Das Zurückgehen des Exophthalmus erfolgte in 4 Wochen.

Bei dem zweiten Kranken, der im Dezember 1907 in Behandlung kam, und der durch eine gleiche Affektion des jetzt reaktionslosen rechten Auges dessen Sehkraft im Oktober 1907 verloren hatte, wollte S. am erkrankten Auge die Krönlein'sche Operation am folgenden Morgen vornehmen; es bestand seit 6 Tagen hochgradiges Hervortreten und vollkommene Unbeweglichkeit des Bulbus, ferner starke Chemose und Rötung der Conjunctiva, Herabhängen des oberen Lides und damit Unmöglichkeit zu sehen, sowie ferner intensive Schmerzhaftigkeit in der Tiefe der Orbita bei Druck auf den Bulbus. Eine Ursache für die Erkrankung (Affektion der Nebenhöhlen der Nase, Augen-, Zahnleiden, Lues usw.) konnte auch durch einen zugezogenen Rhinologen nicht festgestellt werden. Da gerade um diese Zeit das Deutschmann'sche Heilserum[1] bekannt geworden war, das auf entzündliche Prozesse günstig einwirken sollte, so erhielt Pat. gleich am Abend seines Eintritts in das Krankenhaus noch eine Injektion von 2 ccm dieses Serums. Am anderen Morgen — nach 12 Stunden — war das obere Augenlid vollkommen abgeschwollen und konnte gehoben werden, der Bulbus war ziemlich beweglich geworden, die Schwellung am unteren Lide war geringer. Der Schmerz im Auge bei Druck auf den Bulbus war verschwunden; Pat. sah jetzt. Unter diesen Umständen wurde von einer Operation Abstand genommen; Pat. erhielt weitere Injektionen, auf die dann in ziemlich kurzer Zeit der normale Zustand des Auges wiederkehrte. Daß das Serum auf die Krankheit eingewirkt hatte, bewiesen Rückfälle Anfang Februar und Anfang März 1908, die auf die Seruminjektionen prompt zurückgingen. Der Fall bot damit die Beweiskraft eines gelungenen Experimentes; als Nachteil war das auf kurze Zeit nach der Injektion eintretende Serumfieber und Exanthem anzusehen, das bei anderen Erkrankungsfällen, in denen es neben negativem mit überwiegend positivem Erfolge angewendet wurde, sich sonst nicht zeigte.

Der entzündliche Exophthalmus hat, wie aus dem Berichte[2] Birch-Hirsch-

---

[1] Siehe 69. Heft der Beiträge zur Augenheilkunde, Deutschmann, Mein Heilserum.

[2] 79. Naturforscherversammlung zu Dresden.

feld's (über 684 Fälle) hervorgeht, eine Mortalität von 13—17%, von den übrigen Pat. erblinden noch 16%; man fand bei der Sektion 34mal Meningitis, 15mal Stirnabszeß und 6mal Sinusthrombose. In 60% spielen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase eine ätiologische Rolle, und hier dürften therapeutisch-rhinologische Eingriffe in Frage kommen; in den übrigen 40% ist die Ursache unklar bzw. spontane Entzündung vorhanden, und hier wäre, falls nicht wie im zweiten erwähnten Falle das Deutschmann'sche Serum hilft, die Krönlein'sche Operation zu empfehlen, die in Fällen von Birch-Hirschfeld und Axenfeld schon Erfolge gezeitigt hat.

Richard Wolff (Berlin).

---

23) **Fiske.** Splenectomy for gunshot wound of the spleen.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Ein 25jähriger Mann hatte einen Schuß in den Rücken erhalten; Einschuß in der linken hinteren Achsellinie, Ausschuß nicht vorhanden. Da Anzeichen einer inneren Blutung vorhanden waren, wurde die Laparotomie gemacht, und außer einer kleinen Wunde im Mesokolon zwei Schußwunden in der Milz angetroffen, von welchen die Einschußwunde im oberen, die Ausschußwunde im unteren Pole lag. Da es aus diesen Wunden weiter blutete, wurde die Milz herausgenommen.

Herhold (Brandenburg).

24) **Torrance.** Splenectomy in Banti's disease.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Eine 35jährige Frau litt im letzten Jahre viel an Verdauungsbeschwerden; es entwickelte sich eine große Geschwulst in der linken Bauchhälfte, auch traten Kopfschmerzen und Schmerzen in der linken Lendengegend auf. Die Milzdämpfung reichte von der 9. Rippe bis zur Darmbeinschaufel. Hämoglobingehalt 85%, rote Blutkörperchen 4800000, weiße 8000; multinukleäre 75%, Lymphocyten 20%, große mononukleäre 4%. Nachdem die Milz exstirpiert war, fühlte sich Pat. 2 Wochen wohl, dann trat plötzlich ein anhaltender Schwächezustand ein. Es wurde Extrakt von rotem Knochenmark, frische Schaf- und Kuhmilz und später 2mal täglich Armour's Milzextrakt verabfolgt. Danach besserte sich der Zustand, und Pat. wurde gesund. 3 Wochen nach der Operation betrug der Hämoglobingehalt 80%, rote Blutkörperchen 3246000, weiße 6000, multinukleäre 76%, große mononukleäre 11%.

Verf. hat aus der Literatur 35 operierte Fälle gesammelt, die er kurz beschreibt, sein Fall ist der 36. Von diesen 36 Pat. starben 9 = 25%; 17 = 47% betrafen Frauen, 15 = 42% Männer, in 4 Fällen war das Geschlecht nicht angegeben.

Herhold (Brandenburg).

25) **Smith.** Splenectomy for carcinoma.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Eine Frau, die 1897 von S. wegen bösartigen Adenoms beider Eierstöcke operiert war, erkrankte 1906 wiederum an Unterleibsbeschwerden. Es entstand im Epigastrium eine Geschwulst, die schnell wuchs. Rote Blutkörperchen: 5500000, weiße: 8500, Hämoglobin 70%. Bei der Laparotomie zeigte es sich, daß eine Geschwulst der Milz vorlag, die exstirpiert wurde. Sie war stark vergrößert (26,5 : 15,5 : 10), eigentliches Milzgewebe war nur am oberen Pol und an der konvexen Oberfläche vorhanden, während das übrige Gewebe eine kolloide gelbe Masse darstellte. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Kolloidkarzinom handelte. S. weist auf die Seltenheit der bösartigen Milzgeschwülste hin. Nach einer Statistik von Carstens wurden bei 700 Splenektomien nur 25mal bösartige Milzgeschwülste angetroffen; von diesen 25 waren 22 Sarkome, 3 Karzinome.

Herhold (Brandenburg).

26) **Lapointe.** Cancer du canal hépatique.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1907. Nr. 9.)

Bei einem 64jährigen Manne plötzlich einsetzender Ikterus, der im Laufe der nächsten 4 Monate fast ganz verschwand, um dann bleibend zu werden. Gallenblasengeschwulst nicht nachweisbar.

Bei der Operation findet L. einen verdickten, harten, höckrigen »Gallengang«, eine geschrumpfte, schwer aufzufindende Gallenblase und schließt die Bauchhöhle. Tod nach 2 Tagen.

Die Obduktion stellt ein Karzinom fest, das sich ausschließlich auf den Ductus hepaticus beschränkt. — Eingehender histologischer Befund.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

27) A. Lorey. Über einen Fall von Cholecystitis paratyphosa. (Aus dem allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Ebenso wie Typhusbazillen nach Ablauf eines Typhus nicht selten in der Gallenblase weiterwuchern, und dadurch das betreffende Individuum zu einem chronischen Bazillenträger wird, kommt dies auch bei den Paratyphusbazillen A und B gelegentlich vor. Einen derartigen Fall teilt L. mit. Pat. hatte 2 Jahre vorher einen Paratyphus überstanden, in letzter Zeit an »Ruhr« (Gastroenteritis paratyphosa) gelitten und wiederholt heftige Gallensteinkoliken gehabt und war deshalb ins Krankenhaus aufgenommen worden. Hier wurde im Kot der Bac. paratyphosus B nachgewiesen. Bei der auf Grund der Diagnose Cholecystitis calculosa paratyphosa ausgeführten Cholecystektomie fand sich die Gallenblase ausgedehnt verwachsen, vier Steine enthaltend, ihre Schleimhaut sammtartig geschwollen, gerötet, an einer Stelle ulzeriert, in ihr Paratyphusbazillen in Reinkultur. Im Kot waren solche einige Zeit nach der Operation nicht mehr nachweisbar; die Brutstätte der Keime, die zu der »ruhrartigen« Gastroenteritis geführt hatte, war also beseitigt. Mit gleichem Erfolge hat kürzlich Oehler (Münchener med. Wochenschrift 1907 Nr. 16) und Braun (Göttingen) — siehe Arbeit von Grimme über die Typhusbazillenträger in den Irrenanstalten (Münchener med. Wochenschrift 1908 Nr. 1) — ersterer mittels Cholecystotomie, letzterer mittels Gallenblasenexstirpation — die chronische Ausscheidung von Typhusbazillen aus der Gallenblase beseitigt (Ref.).

Kramer (Glogau).

28) S. Piquand. Rupture isolée du pancréas par contusion abdominale.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 7.)

Ein 32jähriger Mann wird von einem Wagenrade überfahren.

Diagnose: Leberzerreißung. Sofortige Laparotomie. Als Ursache der großen Blutung findet man einen Riß der Bauchspeicheldrüse, der den Kopf derselben fast vertikal bis auf eine kleine Gewebebrücke durchtrennt hat. Naht mit Catgut. Über die Drainage ist nichts gesagt. Tod nach anfänglicher Erholung 30 Stunden nach der Operation.

Auch die Obduktion deckt keine Verletzungen anderer Organe auf, so daß es sich hier um den seltenen Fall einer isolierten Pankreaszerreißung durch stumpfe Gewalt handelt.

Zu den 44 einschlägigen Beobachtungen, die P. gesammelt hat, kann Ref. eine eigene Beobachtung fügen. Stumpfes Bauchtrauma durch ein großes Kohlenstück. Wegen Flüssigkeit im Bauche sofortige Operation. Leber- und Pankreasriß. Das Pankreas war genau in der Mittellinie des Körpers über der Wirbelsäule quer und völlig gespalten, die Rißränder waren glatt, fast wie mit dem Messer geschnitten. Leber- und Pankreasnaht. Tampondrainage der Pankreasgegend. Tod am nächsten Tage. Todesursache: Anämie. Keine Fettnekrosen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

29) Swain. Operative interference in carcinoma of the pancreas.

(Bristol med.-chir. journ. 1908. März.)

S. berichtet über drei Fälle von Palliativoperation wegen Pankreaskarzinom. Es handelte sich um Pat. im höheren Alter, mit chronischem Ikterus und Vergrößerung der Gallenblase bzw. der Leber; bei der Operation fand sich jedesmal

eine erhebliche Erweiterung des Ductus choledochus und eine harte, knollige Schwellung des Pankreaskopfes. Mittels Murphyknopf wurde in einem Falle die Cholecystoduodenostomie, in zweien eine Anastomose zwischen Gallenblase und Flexura hepatica des Dickdarmes ausgeführt. Alle drei Pat. genasen zunächst, die Beschwerden, insbesondere das quälende Hautjucken, gingen zugleich mit dem Ikterus prompt zurück, die Lebensdauer wurde verlängert. Die Kranken starben 6—11 Monate nach der Operation, ohne daß wieder Ikterus aufgetreten wäre. Es wurde durchschnittlich bereits 8 Wochen nach Auftreten des Ikterus operiert, ehe Cholämie, Toxämie und schwere olivengrüne Hautverfärbung eingetreten waren. S. führt seine Erfolge in erster Linie auf den Umstand zurück, daß frühzeitig operiert wurde; er hält es für unwesentlich, ob die Verbindung der Gallenblase mit dem Duodenum oder dem Kolon angelegt wird, und verwendet grundsätzlich den Murphyknopf, da alles von schneller Beendigung der Operation abhängt.

Mohr (Bielefeld).

30) **Ehrhardt.** Über Resektion am Pankreas.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 14.)

Mitteilung von zwei Fällen, in denen bei Magenkrebs Teile des Pankreas mit entfernt werden mußten. E. weist auf die bei der Operation zu berücksichtigenden Umstände — Unterbindung der Art. pancreatico-duodenalis — sekundäre Nekrose am Pankreas durch die Schädlichkeit der Naht hin. **Borchard** (Posen).

31) **F. Niosi.** Die Mesenterialcysten embryonalen Ursprunges nebst einigen Bemerkungen zur Entwicklungsgeschichte der Nebennierenrindensubstanz, sowie zur Frage des Chorionepithelioms.

(Virchow's Archiv Bd. CXC. p. 217.)

Die umfangreiche Arbeit beginnt mit der Beschreibung eines eigenen Falles. Es handelte sich dabei um eine 48jährige Frau, bei der in der ganzen Oberbauchgegend eine prall elastische, sehr bewegliche, deutlich fluktuierende Geschwulst vorhanden war, über die das Kolon teilweise hinüberzog. Die Operation stellte fest, daß es sich um eine große, im Mesokolon gelegene Cyste handelte, die nach Inzision des vorderen Blattes des Mesokolon stumpf herausgeschält werden konnte. Die Heilung erfolgte glatt. — Die Wand der Cyste war verschieden, 1—9 mm dick. Sie war an ihrer äußeren Fläche glatt und ohne Besonderheiten. Die Innenfläche zeigte kleine, kaum sichtbare Erhabenheiten, an einer Stelle einen bandförmigen breiten Vorsprung, dem ein erbsengroßer, gestielter Knoten aufsaß. Beide Gebilde zeigten die gleiche Beschaffenheit an ihrer Oberfläche, wie die übrige Innenwand der Cyste. Aus der ausführlichen Beschreibung des histologischen Befundes sei folgendes kurz hervorgehoben: Die Cystenwand war rein bindegewebig, ohne glatte Muskelfasern, aus zwei deutlichen Schichten bestehend. Der Epithelbelag der Innenfläche bestand vorwiegend aus zylindrischen Zellen und erinnerte an das Epithel des Darmkanals. Er bildete Papillen von verschiedener Größe und tubuläre Verzweigungen von adenomatösem Charakter. Der erbsengroße Knoten bestand aus einem Haufen kleiner Cysten. Ferner fanden sich eine Reihe von in der Cystenwand gelegenen Epithelbildungen, ohne Zusammenhang mit dem Epithelbelag der Cysteninnenfläche. Sie lagen in dem breiten bandförmigen Vorsprung der Cystenwand und bildeten teils Haufen und Stränge aus zylindrisch-kubischen Zellen, teils schlauchförmige Gebilde, die an Harnkanälchen und Glomeruli der Nebennierenrinde erinnerten. Daneben fanden sich Gewebsinseln ohne tubulären Bau, die nach ihrer Beschaffenheit an Zellen der Nebennierenrinde denken ließen. Schließlich fand sich an einer Stelle ein kleiner Geschwulstknoten vom Bau eines Chorionepithelioms. — Was den Ursprung der Cyste betrifft, so schließt N. aus dem Fehlen jeglicher Muskulatur in der Cystenwand und dem Vorhandensein eigentümlicher Epithelbildungen eine intestinale Abkunft aus, hält vielmehr die Abstammung der Cyste vom Wolff'schen Körper für erwiesen. Die ausführliche Beweisführung muß im Original nachgelesen werden. — Es folgt eine

Betrachtung über die Embryogenese der kortikalen Substanz der Nebennieren, sowie anknüpfend an den in der Cystenwand gefundenen Knoten vom Bau des Chorionepithelioms eine kurze Besprechung dieser Geschwulstform. Eine zusammenfassende Darstellung über Einleitung und Pathogenese der Gekröscysten embryonaler Herkunft, ihrer Ätiologie, Symptomatologie und Behandlung bildet den Schluß der sehr genauen Arbeit. Angefügt ist ein Literaturverzeichnis von 177 Nummern. **Doering** (Göttingen).

32) **Alexander.** Abdominal fibroma simulating splenomegalie.

(Bristol med.-chir. journ. 1908. März.)

61jähriger Mann mit umfangreicher Geschwulstbildung in der linken Seite, die nach Konsistenz und Lage einer stark vergrößerten Milz entsprach; doch waren keine Symptome von Leukämie vorhanden. Von einer Operation wurde infolge des schweren Allgemeinzustandes abgesehen. Bei der Autopsie fand sich die Milz unverändert; die Fremdbildung, mikroskopisch Fibrom, repräsentierte eine harte Geschwulst, die auf dem Durchschnitt mehrere Erweichungsherde zeigte, und hatte ihren Ausgang anscheinend von dem retroperitonealen Bindegewebe genommen; sie stand mit der Milz und der linken Niere in flächenhafter Berührung. Für sarkomatöse Entartung ergaben sich keine Anhaltspunkte. **Mohr** (Bielefeld).

33) **P. Danila** (Jassy). Steine des prostatischen Teiles der Harnröhre.

(Spitalul 1908. Nr. 5.)

Es handelte sich um einen 60jährigen Mann, der anfangs an Dysurie und großen Schmerzen im Unterleibe und Gliede gelitten hatte, worauf sich vollständige Harninkontinenz entwickelte. Nach monatelangem Leiden öffnete sich ein übelriechender Abszeß am Damm. Die Öffnung wurde erweitert, und man fand in der prostatischen Harnröhre einen konischen Stein, mit einer Basis von 2,2 cm und einer Höhe von 4 cm, der sich nach vorn hin in den skrotalen Teil der Harnröhre erstreckte. Hinter ihm fand sich ein zweiter Stein, länglicher Gestalt und mit den Dimensionen: 3,5 : 3,5 : 4,5 cm. Endlich fand man noch einen dritten Stein in der Blase. Letzterer wurde durch Zertrümmerung, die anderen durch einfache Erweiterung der gemachten Öffnung herausgeholt. Nach Einlegen einer Verbleibsonde waren alle Beschwerden verschwunden, die Heilung ging rasch von statten und war nach 95 Tagen vollkommen. Der Bildung von Strikturen wurde durch systematische Sondierung entgegengearbeitet. **E. Toff** (Braila).

34) **Jones.** Obstruction of the internal urinary meatus by folds of mucosa.

(Annals of surgery 1908. Februar.)

Verf. weist darauf hin, daß bei alten Leuten die Urinverhaltung nicht immer durch eine vergrößerte Prostata bedingt sei. Symmetrische Vergrößerungen rufen nicht immer die Harnretention hervor, sondern mehr die unregelmäßigen Vergrößerungen. J. beschreibt vier Fälle, in welchen die Harnverhaltung bei alten Leuten nicht durch die vergrößerte Prostata bedingt war, wie die bei allen vier Kranken ausgeführte suprapubische Blasenöffnung zeigte. In zwei Fällen handelte es sich um Schleimhautzotten, die sich vor den Meatus internus legten, in einem dritten Fall um eine hufeisenförmige Verhärtung der inneren Blasenöffnung, im vierten endlich um eine gestielte kleine Geschwulst, die scheinbar von der Prostata herauswuchs und sich vor die Mündung legte. Durch Operation bzw. Abtragung der Geschwulst wurde völlige Heilung erzielt. **Herhold** (Brandenburg).

35) **E. McDonald.** Cystitis in women. With report of forty-five-cases, studied cystoscopically and some modifications of treatment.

(New York med. record 1908. Februar 22.)

Mit verständnisvoller Berücksichtigung der modernen technischen und diagnostischen Errungenschaften gibt McD. eine Abhandlung über den Blasenkatarrh bei Frauen.

Die [illegible] aufgeführten, in der [illegible] Fälle wurden [illegible] und nach dem Befunde [illegible].

Wir finden die von [illegible] Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane [illegible] Bd. XIX [illegible] bei Frauen [illegible] häufig [illegible] mit anderen Cystitis [illegible] Fälle ganz [illegible] besonders wird auf den Zusammenhang der [illegible] Gefäße mit denen der [illegible] und der Einfluß der Hyperämie erörtert.

Die [illegible] Cystitis wurde meist [illegible] im Frauen- und [illegible] und mit mehr oder weniger Stenose und Atrophie der [illegible] vorgefunden.

Hyperämische, entzündliche und mechanische Wirkungen [illegible] der Cystitis unter anderem auf die Konfiguration des [illegible] während der Schwangerschaft einen Einfluß aus, verzerren die Harnleitermündungen und erleichtern das Eintreten der Infektion in die oberen Harnwege. — Auch gynäkologische Operationen sind nicht selten von Einfluß auf pathologische Zustände in der Blase. — [illegible] wurden außer bei Tuberkulose auch bei einfachen [illegible], Granulationen und Varicen vorgefunden.

Statt der üblichen Borsäurespülungen wird für die Behandlung eine [illegible]%ige Natron bicarbonicum-Lösung vorgeschlagen, deren reinigende Eigenschaften bei Cystoskopierungen schon lange bekannt sei. Bei reichlichem Sekret wird die Stärke der Lösung verdoppelt und [illegible]% Soda hinzugefügt.

Rovsing's Karbolsäurebehandlung der tuberkulösen Cystitis sei als zu schmerzhaft und nicht genügend wirksam zu verlassen; auch trat in einem Falle Hämoglobinurie auf. Ebenso werden die Sublimatspülungen nach Guyon als wirkungslos verworfen. Besonders antiseptisch wirksam sei dagegen eine etwa $^3/_4$%ige wäßrige Lösung von Chininum bisulphuricum. — Höllensteinspülungen sollen zu sehr reizen, die kolloidalen Silberlösungen unwirksam sein. Protargol wird gelobt und besonders lokal bei chronischer Trigonitis in 5%iger Lösung appliziert.

Bei eitriger Cystitis werden ausgezeichnete Resultate erzielt durch aufeinanderfolgende Einspritzungen einer $^1/_2$%igen Wasserstoffsuperoxydlösung und einer 5%igen Protargollösung, je 8 ccm. Nach wenigen Minuten Einwirkung wurde diese Mischung mit oben genannter Natron bicarbonicum-Lösung ausgewaschen. Die so gereinigte Blase ist nun präpariert für antiseptische und adstringierende Lösungen, oder für regionäre direkte Applikation von Protargol oder Argentum nitricum fusum (an einer Metallsonde angeschmolzen).

Die letzteren lokalen Behandlungen werden in Knie-Ellbogenlage durch das Kelly'sche Endoskop vorgenommen. Wir erwähnen dabei den Ausspruch: »Nachdem die Applikationsstellen vorher durch das gewöhnliche (d. h. Nitze-sche) Cystoskop bei wassergefüllter Blase lokalisiert waren«.

Bei akuter Cystitis und starken Reizzuständen wird eine besonders präparierte Abkochung von Irisch-Moos eingespritzt, ein Präparat, das auch als Katheter- und Cystoskopschmiere sich bewährt hat.

Schließlich wurden bei Gebrauch des Urotropins häufig Fehlschläge und Irritationen bemerkt, auch Hämorrhagien und Albuminurien; jedenfalls soll es nicht zu lange verordnet werden.

Von bekannten inneren Mitteln wird u. a. besonders Infusum fol. bucco hervorgehoben.

Loewenhardt (Breslau).

86) **G. R. Holden.** Transperitoneal ureterotomy for ureteral calculus.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 2.)

Bei einer 83jährigen Frau konnte mittels Cystoskopie, Harnleitersondierung, manueller Untersuchung und Röntgenbildes ein Harnleiterstein festgestellt werden, der vor einer 4 cm oberhalb der Einmündung in die Blase gelegenen Stenose saß. Infolge des Fettreichtums der Frau mußte ein Versuch, extraperitoneal den Harnleiter zu erreichen, frühzeitig aufgegeben werden. Es wurde daher in Becken-

hochlagerung der Leib in der Mittellinie eröffnet, der Harnleiter durch Resektion von Tube und Ovarium freigelegt, der Stein durch Inzision entfernt und die Harnleiterwunde wieder geschlossen, nachdem ein Versuch der Passierung der Stenose von der Wunde aus mißlungen war. Die Nahtstelle wurde extraperitoneal nach der Bauchwunde und nach der Scheide drainiert. Es erfolgte komplikationslose Heilung, ebenso gelang es, die Striktur von der Blase aus so zu bougieren, daß der Harnleiter wieder für einen ziemlich dicken Katheter durchgängig wurde und die linke Niere wieder Urin ausscheiden konnte. **Strauss** (Nürnberg).

37) Lesioni dell' uretere e del rene nell' ureterostomia cutanea.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1908. Nr. 32.)

(R. Accad. di med. di Torino. Sed. del 14. Februar 1908.)

Der ungenannte Verf. mußte in zwei Fällen infolge einer Verletzung des Harnleiters bei gynäkologischen Operationen denselben mit seinem zentralen Ende in die Bauchhaut einnähen. 6 bzw. 2 Monate später wurde die Nephrektomie ausgeführt. Dabei fand sich eine starke Verdickung der Harnleiterwand, kleinzellige Infiltration der Schleimhaut, eine epidermale Umwandlung der letzteren bis zu einer gewissen Entfernung vom Harnleiterende mit kubischen und zylindrischen Zellen und Bildung breitbasiger Papillen. In einem Falle fanden sich auch im Nierenbecken und oberen Harnleiterende zahlreiche kleine Cysten. In den Nieren selbst fand sich das Epithel im Zustande der Desquamation und selbst Nekrose. Die Bowmann'schen Kapseln und die Tubuli recti waren von starker kleinzelliger Infiltration umgeben, die zuweilen kleine Abszesse bildete. Da diese Folgezustände sich erst spät bilden, ist der Eingriff der Harnleitereinpflanzung in die Haut gerechtfertigt, wenn es gilt bei einem geschwächten Kranken Zeit zu gewinnen und die Funktionsfähigkeit der zweiten Niere zu erkennen. **Dreyer** (Köln).

38) Schoenwerth. Ureterendivertikel und Hydronephrose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 6.)

In dem mitgeteilten Falle handelte es sich um eine doppelseitige cystöse Nierendegeneration bei einem Erwachsenen. Ein gonorrhoischer Prozeß führte zur Infektion der rechten Niere. Es wurde der große eiterhaltige Nierensack 22 Tage nach der Gonorrhöeinfektion gespalten, so daß es sich wohl um die Infektion einer schon bestehenden Hydronephrose handelt. Nach Spaltung des Sackes entleerte sich nachweisbar kein Urin. Nach 2 Monaten wurde wegen Fistelbildung die Nierenexstirpation gemacht. Hierbei zeigte sich eine bedeutende Erweiterung des rechten Harnleiters und Divertikelbildung an seinem unteren Ende. S. bringt letztere beide Momente in ursächlichen Zusammenhang und glaubt, daß durch die Divertikelbildung je nach dem Füllungszustande ein temporärer Verschluß der Harnleiter bedingt war. Ein weiteres Hindernis fand sich am Nierenende des Harnleiters in Gestalt einer die Lichtung des Kanals völlig abschließenden Membran. Es wird dies wahrscheinlich ursprünglich eine Klappe gewesen sein, deren freier Rand unter dem Einfluß der gonorrhoischen Entzündung mit der gegenüberliegenden Wand verwuchs. Auch nach der Exstirpation machte die andere cystös degenerierte Niere bis zu dem 10 Monate nach der Operation durch Selbstmord erfolgten Tode keine Erscheinungen. **Borchard** (Posen).

39) Luccarelli. Nefralgia.

(Morgagni 1908. Nr. 3.)

Bei einer 33jährigen Bäuerin bestehen seit 10 Monaten plötzlich auftretende, ohne Fieber und Frost einhergehende rechtsseitige Nierenkoliken, denen Abgang von Blutgerinnseln im Urin, gelegentlich auch einmal eine abundante Hämaturie folgt, während der Urin in der Zwischenzeit völlig normal ist. Dabei besteht Druckempfindlichkeit im oberen Teile des rechten Harnleiters und Verminderung der Urinmenge am Tage der Anfälle. Die Nieren waren niemals, auch bei den Anfällen nicht zu tasten. Die Enthülsung der Niere zeigte ein hyperämisches Or-

gan ohne sonstige Veränderungen und hatte Heilung zur Folge. 10 Monate später waren indes die Anfälle wieder aufgetreten und veranlaßten die Nephrektomie, wobei ein um die Hälfte verkleinertes, hartes, kongestioniertes und lappiges Organ zutage gefördert wurde, bei dessen Durchschneiden das Messer knirscht. Im ganzen Parenchym zerstreut finden sich harnsaure Salze, die nach den Spitzen der Papillen zu deutlicher und massiger werden.

Verf. unterscheidet die eigentlichen Nephralgien ohne anatomischen Befund, auf welche die Operation etwa wie eine Nervendehnung und unsicher wirkt, von den deuteropathischen Formen, die sich an Verwachsungen, Traumen, Verlagerung, Kompression, Stieldrehung und entzündliche Affektionen der Niere anschließen.

Dreyer (Köln).

40) **Tédenat et Martin.** Tumeurs malignes du cordon spermatique.

(Arch. génér. de chir. 1908. Nr. 2.)

Bei einem 66jährigen Manne fand sich an der linken Leistenpforte eine kinderfaustgroße Geschwulst, die sich gegen den Leistenkanal fortsetzte. Bei der Exstirpation zeigte sich, daß die Geschwulst mit dem Samenstrange zusammenhing und, gegen das Bauchfell vorgewuchert, mit ihm fest verwachsen war. Die weitere Untersuchung ergab ein Fibrosarkom mit vereinzelten Riesenzellen, ausgegangen von der Substanz des Samenkanales.

Im Anschluß an den ausführlich geschilderten Fall werden 24 weitere Fälle aus der Gesamtliteratur angeführt, auf Grund deren eine kurze zusammenfassende Schilderung der bösartigen Samenstranggeschwülste versucht wird. In den meisten Fällen handelte es sich um Mischgeschwülste sarkomatösen Charakters, die vorzugsweise bei jüngeren Individuen gefunden wurden. **Strauss** (Nürnberg).

41) **Quadflieg.** Ein Fall von habitueller Torsion der linken Testis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Bei dem 23jährigen Pat. waren die ersten Erscheinungen einer Hodenaffektion 4 Jahre vorher nach einem Trauma aufgetreten, hatten sich in der Zwischenzeit 2mal wiederholt, und zwar ohne besondere äußere Veranlassung. Bei der Operation zeigte sich eine Drehung des Samenstranges um 360°. Der Nebenhoden war vollständig mit schwarzem Blute durchtränkt. Kastration.

Borchard (Posen).

42) **G. Finocchiaro.** La cura iodica nell' orchidoepididimite tubercolare.

(Policlinico 1908. XV, 2. Sez. chir.)

Nach einer kurzen Übersicht über den wiederholten Wechsel zwischen konservativer und radikaler Behandlung in der Geschichte der Hodentuberkulose schildert Verf. die recht günstigen Erfahrungen, die in der Klinik Durante's zu Rom mit den lokalen Injektionen von Jod-Jodkaliumlösungen an mehr als 12 Kranken gewonnen wurden. Eine Lösung von 1 Teil Jod zu 2 Teilen Jodkalium in 100 Teilen Wasser wurde in langsam steigender Dosis unter aseptischen Kautelen möglichst direkt in den erkrankten Nebenhoden injiziert. Die Injektion wurde alle 2 Tage wiederholt. Nach ca. 30 Injektionen konnte in den meisten Fällen Heilung beobachtet werden, die mit einer Besserung des Allgemeinbefindens Hand in Hand ging. Die Schwellung des Hodens und Nebenhodens ging zurück, die Tastung ergab nicht schmerzhafte fibröse Knoten.

Ähnliche Erfolge wurden auch im Tierexperiment gesehen, das bindegewebige Heilung der verkästen Herde ergab, ohne daß der Hoden atrophierte. Auch beim Menschen kommt es nicht zur Atrophie des Hodens, dessen innere Sekretion unbeeinflußt bleibt, so daß die psychischen und organischen Störungen ausbleiben, die sonst nach Kastration beobachtet wurden. In zwei Fällen kam es sogar wieder zur Ejakulation, bei der zahlreiche Spermatozoen gefunden wurden. Drei länger beobachtete Fälle werden ausführlich geschildert. **Strauss** (Nürnberg).

43) Duckworth. Notes on a painful condition of certain bones in gouty subjects.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XLIII. London 1908.)

D. beobachtete bei einer Reihe von Männern im mittleren Alter mit gichtischem Körperhabitus bzw. nach vorausgegangenen Gichtanfällen scharf umgrenzte Knochenschmerzen, besonders an den Kondylen des Humerus, seltener am Radiusköpfchen, Fersenbein und an einzelnen Torsalknochen. Irgendwelche sonstige Veränderungen waren an den schmerzhaften Stellen nicht nachzuweisen; die Schmerzen hielten nach langsamem Beginn Wochen, selbst Monate lang an, trotzten jeder Behandlung und schwanden dann wieder langsam. Veränderungen an den Muskeln und Nerven fehlten völlig. Es handelte sich demnach wohl um einen ausschließlich auf die Knochen beschränkten gichtischen Prozeß. **Mohr** (Bielefeld).

44) Esau (Greifswald). Rheumatismus tuberculosus — Poncet. (Aus dem St. Johannishospital zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 8.)

In dem mitgeteilten Falle wurden bei dem $6^1/_2$jährigen Kinde in mehreren akuten und subakuten Schüben nacheinander die beiden Knie- und Fußgelenke, das rechte Hüftgelenk und die Halswirbelsäule von schmerzhafter Anschwellung befallen. Unter zeitweise hohem Fieber und erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens gingen diese Anfälle einher, ein Teil der Gelenke neigte zu starken Beugekontrakturen. Unter korrigierenden Verbänden heilte das Leiden zum Teil in Form einer festen fibrösen Ankylose aus (Knie), zum Teil trat vollkommene Wiederherstellung der Gelenkfunktionen ein (Fußgelenk, Halswirbelsäule), entstand im Hüftgelenk eine knöcherne Ankylose; die Behandlung im großen Saugapparat erwies sich zum Teil als wirkungsvoll. Da der Prozeß, als das Kind in das Bonner Hospital kam, in der Hauptsache schon in das chronische Stadium gelangt war, konnte ein besseres Resultat nicht erreicht werden. — Den Beweis, daß es sich um einen tuberkulösen Rheumatismus gehandelt, vermag E. nicht zu führen, da weder die Tierimpfung mit Punktionsflüssigkeit noch die Tuberkulinreaktion angewendet werden konnte; indes hegt er keinen Zweifel an der tuberkulösen Natur der Erkrankung, die er auf schwerste Wirkungen eines Tuberkulosetoxins zurückführt. Der Verlauf stimmte mit den Fällen von Poncet (s. Ref. ds. Bl. 1902 Nr. 37) und Leriche außerordentlich überein. **Kramer** (Glogau).

45) Taylor. Isolated fracture of the greater tuberosity of the humerus.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Zwei Fälle von Abbruch des großen Höckers vom Oberarmknochen. Im ersten Fall war Fall auf die Schulter, im zweiten Fall auf die Hand die Ursache. Die Brüche wurden erst durch das Röntgenbild erkannt. Sie heilten, ohne daß die Schulter lange festgestellt war. T. weist darauf hin, daß bei diesen Brüchen Nagelung oder Eingipsen in auswärts rotierter Stellung unnötig sind.

Herhold (Brandenburg).

46) Downes. Simple fracture of the carpal scaphoid.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

An der Hand von sieben selbst beobachteten Fällen schildert Verf. die Erscheinungen, Ursachen usw. der Kahnbeinbrüche. Ursache war stets Fall aus mäßiger Höhe (3—7 Fuß) auf die ausgestreckte Hand; es handelte sich nur um Männer; in einem Falle waren die Kahnbeine beider Hände gebrochen. Die Bruchlinie lag mit Ausnahme eines Falles stets in der Mittellinie, die übrigen Handwurzelknochen waren stets unbeteiligt. Die Symptome glichen beim ersten Anblick den bei Verstauchung der Hand befindlichen; Extension des Handgelenkes war mehr beschränkt wie Flexion, das Handgelenk war namentlich an der Radialseite geschwollen, Druck auf die Kahnbeingegend schmerzte bei gebeugter Hand,

die Hand vermochte nicht fest zuzugreifen; Krepitation fand sich nur 2mal. Die Diagnose wird erst sicher durch die Röntgenaufnahme in zwei Ebenen. Die Behandlung besteht in Schienenverband zu beiden Seiten des Handgelenkes, wobei die Finger frei bleiben können; nach 3 Wochen werden die Schienen täglich vorübergehend abgenommen, um zu massieren, nach 4 Wochen bleiben sie ganz fort. Lassen sich die Bruchstücke nicht reponieren, und tritt keine Konsolidation ein, so muß eins oder beide Bruchstücke exstirpiert werden. Die sieben selbst beobachteten Fälle mit den dazu gehörigen Röntgenbildern werden geschildert.

Herhold (Brandenburg).

47) **A. Paoli.** Due casi di osteo-periostite tubercolare guariti coi raggi X.

(Clinica moderna XIII. 46. ser. chir. 1907.)

Ausführlichster Bericht über zwei Fälle hochgradigster Spina ventosa des Mittelfingers bzw. Daumens, die jahrelang ohne Erfolg mit der üblichen Therapie behandelt waren, und bei denen die Exartikulation in Frage kam. 10 bzw. 31 halbstündige Bestrahlungen der erkrankten Finger brachten im Verlaufe von 4 bzw. 13 Monaten völlige Heilung, die auch auf dem Röntgenbilde deutlich war, indem sich an Stelle der diffusen Bröckel des erkrankten Knochens ein derber Knochenschatten zeigte, der dem des gesunden Knochens glich. Zur Behandlung wurden möglichst starke Strahlen verwendet (7—8° des Radiochromometers Benoist's entsprechend). Der Abstand des bestrahlten Herdes von der Antikathode betrug 15—17 cm, die Umgebung war durch Aluminiumfolien nach Perthes abgedeckt.

Strauss (Nürnberg).

48) **O. Kukula** (Prag). Zur Pathologie der schnappenden Hüfte.

(Wiener klin. Rundschau 1908. Nr. 11.)

Verf. hat drei Fälle beobachtet. Angesichts des ersten, traumatisch entstandenen Falles, der auch viel Beschwerden machte, glaubte Verf. eine habituelle Luxation oder Subluxation vor sich zu haben, bis die genaue Untersuchung zeigte, daß es sich lediglich um ein Übergleiten des vorderen Teiles des Musculus glutaeus maximus über den Trochanter major handle. Bei genauer Prüfung, auch des Röntgenbildes, ergab sich als Grundlage der Erscheinung eine erweiterte Exkursionsfähigkeit des Hüftgelenkes, beruhend auf atypischer anatomischer Ausbildung desselben, bei der eine hyperphysiologische Beckendrehung mit Gewalt die straff kontrahierte vordere Muskelpartie des Glutaeus maximus über den großen Rollhügel herüberführt. Das gleiche bestätigten die anderen Fälle.

Schmieden (Berlin).

49) **L. Freund.** Röntgenbehandlung der Ischias.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

Verf. konnte in vier Fällen einen günstigen Einfluß der Bestrahlung konstatieren und fordert zu weiteren Versuchen auf. **Renner** (Breslau).

50) **Walker.** Observations on the treatment of fracture of the neck of the femur in 112 cases.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Unter 112 Fällen von Schenkelhalsbruch, die seit dem 1. Januar 1906 dem Bellevue-Hospital zu Neuyork zugegangen waren, fand W. 9 bei Individuen unter 30, 21 zwischen 30—50, 22 zwischen 50 und 60 Jahren. Er schließt daraus, daß der Schenkelhalsbruch keineswegs ausschließlich eine Erkrankung des hohen Alters ist. 51 Personen waren auf ebener Erde, 28 aus geringer, 18 aus großer Höhe gefallen. Verf. verwirft die Einteilung in intra- und extrakapsuläre Brüche und will unterscheiden zwischen Brüchen, welche durch den Hals und solchen, welche an der Basis des Halses hindurchgehen. Von den 112 Pat. starben 18, und nur 10 heilten so, daß sie ohne Stock und Krücken zu gehen vermochten. Verf. glaubt,

daß man diese ungünstigen Resultate verbessern könne, wenn man Becken und Bein, einschließlich Fuß, nach Reposition der Fragmente durch völlige Abduktion bei geradem Becken eingipst. Auch die Bardenheuer'sche Extensionsmethode mit Zug und Gegenzug läßt er gelten, doch gehört zu dieser nach seiner Meinung viel Erfahrung. Bei alten dekrepiden Leuten sieht er von einer speziellen Behandlung ganz ab. Auch eingekeilte Brüche will er nur bei jungen Leuten vorsichtig lösen und in passender Stellung eingipsen. **Herhold** (Brandenburg).

51) **J. D. Bryant.** Fracture of the surgical neck of the femur with inversion of the limb.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 2.)

Ein Polizist glitt beim Aufspringen auf einen in Bewegung befindlichen Straßenbahnwagen aus und kam unter einen entgegengesetzt fahrenden, leicht beladenen Lastwagen zu liegen. In einem nahegelegenen Hospital, wohin Pat. gebracht worden war, wurde eine sofortige Untersuchung in Äthernarkose vorgenommen, deren Resultat die Diagnose Schenkelhalsbruch war. Bei der späteren Untersuchung fand nun B. ein ausgedehntes Hämatom im Bereiche der linken Hüfte und Weiche, das die Abtastung des Knochens unmöglich machte und ebenso wie die abnorme Stellung des Beines erst nach der Untersuchung in Äthernarkose aufgetreten sein soll. Das Bein stand nämlich in leichter Flexion und ausgesprochener Innenrotation, die sich durch passive Bewegung nur um einige Grade verändern ließ, und zeigte eine Verkürzung von $2^1/_2$ Zoll, die sich durch Extension etwas vermindern ließ. Entsprechend der von dem erstbehandelnden Chirurgen gestellten Diagnose nahm auch B. zunächst eine Fraktur des anatomischen Schenkelhalses mit Einwärtsdrehung des Beines an. Doch zeigte eine später vorgenommene Röntgenuntersuchung eine Verrenkung des Schenkelkopfes nach oben mit einem Bruch des Pfannenrandes und einem Schenkelhalsbruch. B. kommt zum Schluß, daß es sich primär um Verrenkung und Pfannenrandfraktur handelte, und daß erst die diagnostischen Manipulationen unter Narkose den Schenkelhalsbruch bedingten, so daß die Kombination von Schenkelhalsbruch und Innenrotation die einfachste Erklärung fand. Eine ausführliche Übersicht über 44 Fälle von Schenkelhalsfraktur mit Innenrotation des Beines aus der Gesamtliteratur ergänzt die beachtenswerte Kasuistik dieser seltenen Kombination von Verletzungen.

Strauss (Nürnberg).

52) **S. Kofmann.** Ein Fall von angeborener Kniegelenksluxation mit Fehlen der Patella. Operative Herstellung der Kniescheibe.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. VI. Hft. 1.)

Verf. behandelte ein 16 Monate altes Kind mit völligem Fehlen beider Kniescheiben vergesellschaftet mit angeborener Verrenkung der Tibia und Calcaneovalgusstellung. Die Kniescheibe wurde in der Weise hergestellt, daß von einem medialen Längsschnitt aus, vom unteren Drittel des Oberschenkels bis zur Grenze der Tuberositas tibiae reichend, der M. rectus femoris freigelegt wurde. Mit Hilfe eines starken Knochenmessers wurde von der ganzen Ausdehnung der Tuberositas tibiae eine Periostknochenscheibe abgeschnitten und nach Durchtrennung einiger straffen Fasern der Fascia lata der untere Rand dieser Periostknochenscheibe mittels zweier Nähte an das Periost des oberen Tibiarandes fixiert. Bei einer späteren Revision dieses Falles präsentierten sich beiderseits wohlgeformte Kniescheiben, die auf dem Röntgenbilde Schatten gaben. **Hartmann** (Kassel).

53) **Torrini.** Diastasi traumatica simplice dell' articolazione tibioperoniera inferiore.

(Clinica moderna 1907. XIII, 44.)

Verf. schildert ausführlich den dritten bisher in der Literatur berichteten Fall von Diastase des distalen Tibio-Fibulargelenkes, die, wie in den beiden anderen Fällen, nicht durch irgendeine Fraktur oder Knochenabsprengung bedingt war. Ein

44jähriger Arbeiter fiel aus einer Höhe von 4 m, wobei er auf die Füße zu stehen kam und sich vorzugsweise auf den rechten Fuß stützte. Pat. konnte sich nicht aufrecht halten, obwohl sonst kein lokalisierter Schmerz nachgewiesen werden konnte. Es wurde daher auch zunächst eine einfache Distorsion angenommen; nach $4^1/_2$ Monaten jedoch bestanden noch Schmerzen im Fußgelenk ohne irgendwelche Störungen der aktiven und passiven Bewegung. Die Untersuchung ergab lediglich eine Diastase des distalen Tibia- und Fibularendes, die auch auf dem Röntgenbilde deutlich war und durch eine Einkeilung des Talus gegen die erwähnten Knochenenden bedingt wurde. Für den Mechanismus der Verletzung nimmt Verf. Druck und Gegendruck des im Fallen leicht flektierten Fußes gegen die Unterschenkelknochen an, wobei der vordere breitere Teil des Taluskörpers als Keil wirkte. Literaturangaben.

Strauss (Nürnberg).

54) **Jalland.** A case of double poplitaeal aneurysm.

(Brit. med. journ. 1908. Januar 11.)

Bei einem 34jährigen Arbeiter entwickelte sich ohne ersichtliche Veranlassung — keine Lues, keine Trauma — in der rechten Kniekehle ein großes Aneurysma der Art. poplitea und $^1/_2$ Jahr später ein bedeutend kleineres in der linken Kniekehle. Der Versuch, das große Aneurysma des rechten Beines durck Unterbindung der Femoralis an der Spitze des Scarpa'schen Dreiecks zur Heilung zu bringen, mißlang; der Unterschenkel mußte wegen Gangrän dicht unter dem Knie abgenommen werden. Das Aneurysma kehrte nicht wieder. Das der linken Kniekehle hörte nach einigen Stunden andauernder Fingerkompression auf zu pulsieren und blieb für die nächsten Monate geheilt. Über den Dauererfolg ist nichts berichtet. Das Wesentliche des Falles liegt in der Doppelseitigkeit der Erkrankung.

Weber (Dresden).

55) **Edler.** Endo-aneurysmorraphy (Matas) in the treatment of traumatic aneurysma of the femoral artery.

(Annals of surgery 1908. Februar.)

Es handelt sich um ein falsches Aneurysma der Kniekehle. Nach Spaltung des aus Bindegewebe bestehenden Sackes und Ausräumen des Blutes wurde die Art. poplitea und in ihr ein Loch sichtbar. Dieses wurde mit feinem Silk vernäht und der Sack austamponiert. Die Operation war unter Esmarch'scher Blutleere ausgeführt. Völlige Heilung ohne Zirkulationsstörungen.

Herhold (Brandenburg).

56) **Dujardin-Beaumetz.** Sur la rétraction haute des parties molles dans les amputations de la cuisse ou de la jambe, et sur les moyens de l'obtenir.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXXIII. p. 180.)

Der alte Retrakteur von Percy ist vom Verf. modernisiert und verbessert und soll bei eiligen Amputationen mit wenig oder ungeschulter Assistenz, also besonders im Kriegsfalle, die Operation verblüffend vereinfachen und beschleunigen, wie Lejars an 9 Fällen beobachten konnte. Lucas-Championnière warnt dagegen vor unnützer Vermehrung des Instrumentars.

Kaehler (Duisburg-M.).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 22. Sonnabend, den 30. Mai 1908.

Inhalt.

Erklärung:

Das Zentralblatt für Chirurgie verfolgt den Zweck, durch sachliche Referate die zahlreichen chirurgisch-wissenschaftlich und künstlerisch mitteilungswerten Erscheinungen in- und ausländischer Literatur möglichst bald den Chirurgen zugänglich zu machen, da es längst unmöglich geworden, denselben im Original zu folgen.

Nur ausnahmsweise soll es seine Spalten Originalartikeln öffnen. Für die Herausgeber ist in betreff der Aufnahme solcher maßgebend:

1) Daß dieselben in kurzer Fassung (2—3 Druckseiten) Neues von Bedeutung bringen.

2) Daß sie in Form einer »vorläufigen Mitteilung« sofort die wichtigsten Tatsachen aus einer an anderem Ort erscheinenden größeren fertiggestellten Arbeit bringen, ohne speziellere Literaturnachweise.

Die Herausgeber müssen sich Angesichts der Tatsache, daß die Originalartikel nur ausnahmsweise in den Spalten des Blattes Aufnahme finden können, eine Beurteilung derselben, welche über ihre Aufnahme entscheidet, in dem oben angedeuteten Sinne vorbehalten.

Garrè, König, Richter.

Aus der chirurgischen Abteilung des Neuen Krankenhauses zu Kalk-Köln.

Welchen Einfluß hat das Überdecken der Maske mit einem Handtuche auf den Verlauf der Chloroformnarkose?

Von
Dr. C. Hofmann,
Chefarzt der Abteilung.

Man könnte zunächst der Ansicht sein, daß von einer scheinbar so nebensächlichen Maßnahme wie dem Überdecken der Maske mit einem Handtuche kein wesentlich günstiger Einfluß auf die Narkose ausgeübt werde. Eher sei dadurch eine Behinderung der freien Atmung möglich. Dem ist aber keineswegs so. Das Bedecken der Maske hindert die freie Atmung nicht und hat seinerseits einen absolut bestimmenden Einfluß auf die Narkose. Dieser Einfluß, auf dessen Zustandekommen ich hier nicht eingehen kann, ist so groß, daß durchschnittlich in 2—3 Minuten — nur ausnahmsweise sind 4, höchstens 5 Minuten nötig — eine volle Narkose erzielt wird, gewöhnlich ohne jede Exzitation, ohne Erbrechen und ähnliche Störungen. Die Verlängerung der Narkose ist genau so einfach wie die Einleitung derselben. Man braucht nur von Zeit zu Zeit einige Tropfen auf die Maske zu geben und dieselbe wieder zu überdecken. Selbst das Aufwachen während der Operation ist wenig störend, da sich fast momentan die Toleranz wieder herstellen läßt. Dabei ist der Verbrauch an Chloroform äußerst gering. Wir berechneten aus etwa 100 Narkosen — darunter viele Laparotomien — als Durchschnittsquantum $^1/_3$ g (5—7 Tropfen) auf die Minute. Nur kürzere Narkosen erfordern bis 10 Tropfen auf die Minute. Nach unseren Erfahrungen entkleidet die Methode die Chloroformnarkose ihrer bisherigen Gefahren. Eine Überdosierung halte ich bei den geringen Quantitäten von Chloroform, welche für die Betäubung nötig sind, für nicht gut möglich. Dazu kommt noch die außerordentlich einfache Art der Ausführung.

Bei dem Leiter unserer gynäkologischen Abteilung, Herrn Dr. Frankenstein, sah ich gelegentlich zur Verlängerung des Ätherrausches die Überdeckung der Maske mit einem Handtuch in Anwendung gebracht. Mir fiel damals der günstige Einfluß auf die Betäubung sehr auf. Wirklich eklatant wurde die Wirkung aber erst, als ich zum Chloroform überging. Auch Frankenstein hat sich daraufhin des Chloroforms bedient und wird an anderer Stelle über seine Erfahrungen Mitteilung machen.

Die Durchsicht der Literatur hat mich dann belehrt, daß Péraire auf dem französ. Chirurgenkongreß 1901 über günstige Erfahrungen berichtete, die er durch das Bedecken der Maske mit der hohlen Hand

bzw. einem Tuche erzielte. Péraire ging freilich von der falschen Anschauung aus, durch die Überdeckung einen möglichsten Luftabschluß herbeiführen zu wollen. Sein Grundsatz lautete, möglichst wenig Chloroform und möglichst wenig Luft. Die letztere Absicht, welche glücklicherweise durch die Überdeckung nicht erreicht wird, scheint die damaligen Teilnehmer des Kongresses trotz der günstigen Mitteilungen Péraire's von einer Nachprüfung leider abgehalten zu haben.

Die praktische Ausführung der Methode, deren Nachprüfung wir schon wegen der großen Einfachheit und Leichtigkeit, mit der sie zu machen ist, jedem sehr empfehlen, gestaltet sich folgendermaßen: eine mit 8facher Gazelage überzogene Maske von Schimmelbusch, ein gewöhnliches Tropffläschchen, wie es jede Apotheke liefert, und ein doppelt zusammengelegtes Handtuch sind die notwendigen Utensilien. Der Pat. liegt horizontal und wird aufgefordert, langsam von 200 abwärts zu zählen. Die Maske wird aufgelegt. Ist die Atmung unter dem Einfluß des Zählens regelmäßig und tief, dann tropft man ganz langsam 5—25 Tropfen über die Maske, je nachdem es sich um Kinder, Frauen oder kräftige Männer handelt. Alsdann tropft man in schneller Aufeinanderfolge weitere 3—20 Tropfen (wiederum dem Individuum angepaßt, bei Kindern unter 1 Jahr nur 1—3 Tropfen!) auf die Maske und überdeckt dieselbe nun rasch mit dem doppelt gefalteten Handtuche so, daß die Maske völlig bedeckt ist und der Rand des Handtuches das Gesicht berührt, in der Mitte aber ein gewisser Luftraum zwischen Maske und Handtuch entsteht. Das Überdecken wird von dem Gehilfen besorgt, der den Kopf des Pat. hält. Es gehört nur geringe Übung dazu, das Tuch richtig zu handhaben und es nach etwa $^1/_4$ Minute auf der einen Seite aufzuheben, damit der Narkotiseur wieder rasch 3—20 Tropfen (individualisieren!) auf die Maske geben kann. Die Maske wird wieder rasch bedeckt. Wenn man diese Manipulation mehrmals wiederholt hat, ist gewöhnlich in 2—3 Minuten bei völliger Muskelerschlaffung eine gute Toleranz erzielt. Die Unterhaltung der Narkose geschieht in gleicher Weise mit derselben Leichtigkeit; die notwendige Tropfenzahl wird in geeigneten Zwischenräumen ($^1/_4$—2 Minuten) verabreicht und die Maske dann überdeckt gehalten. Tritt ausnahmsweise Exzitation ein — sie ist m. E. immer eine Folge von Überdosierung —, so fährt man ruhig im Narkotisieren fort, genau wie bisher.

Bei dem raschen Eintritt der Narkose, an den man sich erst gewöhnen muß, ist es zweckmäßig, daß der Operateur bei Beginn der Narkose zum Operieren bereit ist. Man verliert sonst unnötig Zeit.

Warnen möchte ich zum Schluß nur davor, die angegebene Tropfenzahl wesentlich zu übersteigen, sondern immer zu suchen, mit möglichst wenig auszukommen. Die Betäubung erfolgt auch so schon überraschend schnell. — Ausführliche Mitteilung erfolgt an anderer Stelle.

---

1) **P. Bockenheimer.** Atlas chirurgischer Krankheitsbilder in ihrer Verwertung für Diagnose und Therapie.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1908.

B. hat in vorliegendem elegant ausgestatteten Werk eine Reihe typischer chirurgischer Krankheitsbilder dargestellt. Es ist keine Frage, daß die in Vierfarbendruck ausgeführten Bilder höchst gelungen sind und zum Teil in geradezu idealer Weise die natürlichen Verhältnisse wiedergeben. Sicherlich ist das Buch geeignet, dem Studenten und praktischen Arzt klinische Beobachtungen getreu ins Gedächtnis zurückzuführen und ihnen für die eigene Tätigkeit eine gute diagnostische Stütze zu geben. Der Text ist allenthalben klar verständlich, präzis abgefaßt und reich an praktischen Hinweisen für die Therapie. Ich führe als Beispiel nur die lehrreichen Abschnitte über das Panaritium an. Zu den Vorzügen des Werkes zählt es auch, daß Krankheiten, die der einzelne Arzt seltener sieht, wie Anthrax, malignes Ödem, in guten Abbildungen neben den alltäglichen Krankheitsbildern dargestellt sind. Daß stets ein streng wissenschaftlicher Standpunkt gewahrt, therapeutisch nur wirklich bewährte Methoden empfohlen sind, sei nur nebenbei erwähnt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

2) **Schüller** (Wien). Über Röntgenuntersuchungen bei Krankheiten des Schädels und Gehirns.

(Wiener med. Wochenschrift 1908. Nr. 10.)

S. ist mit Vornahme der Schädeluntersuchungen im Röntgeninstitute des Wiener allgemeinen Krankenhauses betraut und verfügt zurzeit über ein Material von mehr als 1200 Aufnahmen.

Relativ leicht zu diagnostizieren sind die Fremdkörperverletzungen des Schädels, besonders die durch Geschosse, sowie die Kontinuitätstrennungen der Schädelkapsel, die Fissuren, Impressionen und Lochbrüche. Bei Lues findet sich oft Osteoporose des Schädeldaches, umschriebene oder diffuse Verdickung und Verdichtung der Schädelkapsel, periostale Knochenauflagerung der Tabula externa. Während knöcherne Geschwülste auf dem Röntgenbilde direkt sichtbar sind, lassen sich Weichteilgeschwülste oft nur aus einer Destruktion des Schädelskeletts erschließen, wenn sie nicht in größerer Ausdehnung verkalkt sind oder in einen lufthaltigen Hohlraum hineinragen.

Ein besonderes Interesse beanspruchen die Destruktionen der Sella turcica, die sich in folgendem Schema unterbringen lassen: Bei primärer Erkrankung des Keilbeinkörpers (Geschwülste, Caries usw.) finden sich unregelmäßige Destruktionen der Sattelgrube, während der übrige Schädel normal erscheint. Intrasellare Hypophysengeschwülste, die in der Ätiologie der Akromegalie eine Rolle spielen, erzeugen Vertiefung der Sella turcica, während der übrige Schädel meist Verdickungen zeigt. Es handelt sich meist um Adenome der Hypophyse. Die Hypophysenganggeschwülste erweitern die Sella am Eingang; der übrige Schädel erscheint normal. »Anderweitig lokali-

sierte intrakranielle Geschwülste und überhaupt alle hindrucksteigernden Prozesse erzeugen Zuschärfung der vorspringenden Teile am Eingang der Sella, späterhin Destruktion dieser Teile und Verdünnung der Wand des ganzen Schädels.«

Sehr charakteristische Bilder geben endlich die sog. basalen Impressionen. Der Rahmen des Hinterhauptloches wir durch den auf ihm lastenden Druck des Kopfes gegen das Cavum cranii vorgetrieben, meist kombiniert mit Destruktionen der Pars basilaris des Hinterhauptbeines und der beiden obersten Halswirbel.

Erhard Schmidt (Frankfurt a. M.).

---

3) **P. Bockenheimer.** Über die diffusen Hyperostosen der Schädel- und Gesichtsknochen, s. Ostitis deformans fibrosa. (Virchow's Leontiasis ossea.)

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt aus der v. Bergmann'schen Klinik fünf Fälle von diffusen Hyperostosen der Schädel- und Gesichtsknochen, einer bisher noch nicht in ihrer Ätiologie geklärten und darum um so interessanteren Erkrankung. In einem Falle trat hinsichtlich der Erkrankung im Gesichtsteil ein Stillstand ein, während an der Schädelbasis anscheinend ein langsames Fortschreiten der Knochenverdickungen bestand. In einem anderen Falle konnte B. den diffus hyperostotisch veränderten Oberkiefer resezieren und durch mikroskopische Untersuchung eine Ostitis deformans fibrosa feststellen. Im ganzen ließen sich aus der Literatur 25 Fälle zusammenstellen. An der Hand dieses Materials gibt Verf. eine Schilderung des Krankheitsbildes. Am Anfange glaubt man oft umschriebene Knochenverdickungen vor sich zu haben, während im fortgeschrittenen Stadium der diffuse Charakter deutlich hervortritt. Kiefer-, Stirn- und Schädelhöhle können durch den Prozeß eine starke Raumbeengung erfahren. Anfänglich ist die Krankheit meist einseitig. Die Knochenverdickungen sind hart, schmerzlos und frei von Entzündungserscheinungen. Es gibt leichte, nur langsam wachsende Formen der Krankheit und solche von progredientem Charakter. Je nach dem Sitz der Hyperostosen können auch die Gehirnnerven betroffen werden und Geruchs-, Geschmacks-, Gehörsstörungen auftreten. Im Endstadium können mancherlei beschwerliche Störungen auftreten, Kopfschmerzen, Delirien, Tobsucht u. a. m. Für die Diagnose ist der Röntgenaufnahme eine besondere Bedeutung zuzumessen, da sie oft frühzeitig eine beginnende Verengerung der Stirn- und Oberkieferhöhle nachweisen läßt. Wahrscheinlich ist, daß diese diffusen Hyperostosen nichts anderes sind als eine Ostitis deformans fibrosa. Innere Mittel nützen bei dem Leiden nichts. In einzelnen Fällen kommt ein operativer Eingriff in Betracht. Manchmal wurde allerdings danach ein schnelleres Wachstum beobachtet. Ätiologisch beruht die Krankheit wahrscheinlich auf einer angeborenen Anomalie, auf einer fehlerhaften Anlage oder einer primären Miß-

bildung. Eine Verwandtschaft mit anderen diffusen Hyperostosen der Knochen, mit Gigantismus und Akromegalie ist nicht von der Hand zu weisen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

4) **H. Cushing.** Technical methods of performing certani cranial operations.

(Surgery, gynaecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

C. betont die großen Fortschritte auf dem Gebiete der Hirnchirurgie. Doch muß das Spezialgebiet zurzeit noch als Neuland betrachtet werden, auf dem vieles erst sicherzustellen, zu erforschen und zu versuchen ist, so daß es zunächst besonders neurologisch geschulter und geübter Chirurgen bedarf, um Mißerfolge auf diesem Gebiete nach Möglichkeit zu vermeiden. Eine Reihe von Eingriffen müssen jedoch heute bereits von allen Chirurgen ausgeführt und geübt werden, die C. so schildert, wie er sie an Halsted's Klinik ausführt.

Leider lassen sich die sehr ausführlichen Angaben des Verf.s über die Einzelheiten der Vorbereitung und der Technik im Rahmen eines Referates nicht wiedergeben. Ich begnüge mich daher mit dem Hinweis, daß C. die osteoplastischen Schädeloperationen zur Entfernung von Geschwülsten, Cysten und Blutergüssen, die subtemporalen Eingriffe mit dauernder Wegnahme des Knochens zur Resektion des Ganglion Gasseri, zur Druckentlastung bei gesteigertem Hirndruck, zur diagnostischen Untersuchung traumatischer Fälle und endlich die suboccipitalen Operationen zur Behandlung von Kleinhirntumoren eingehend schildert.

31 Abbildungen ergänzen die lesenswerten Darstellungen.

Strauss (Nürnberg).

---

5) **W. K. Wyssokowicz.** Pharyngitis keratosa punctata.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIX. p. 275.)

Die bisher wenig beachtete Krankheit besteht in dem Auftreten von perlmutterweißen glatten, zuweilen spitzen, meistens aber abgeflachten Erhabenheiten, etwa von der Größe eines Hirsekorns, auf der Schleimhaut des Rachens hinab bis zu den falschen Stimmbändern. Klinisch ist die Affektion charakterisiert durch den schleichenden Beginn und fieberlosen, chronischen Verlauf. Deutlich ausgesprochene entzündliche Erscheinungen fehlen; dagegen stellt sich meist eine gewisse Behinderung des Schluckens ein.

Mikroskopisch wurde in den mittels scharfen Löffels entfernten Knötchen eine lokale Hyperproduktion von Epithel mit keratösen Degenerationen konstatiert. Zwischen den Lagen der gewucherten Epidermis fanden sich fast in Reinkultur eine große Anzahl von eigenartigen charakteristischen Stäbchen. Die Bazillen erinnerten etwas an Diphtherieerreger, waren aber dünner als sie. Nach Gram waren sie positiv färbbar, meist gerade, ab und zu etwas gebogen, körnig und stellenweise kolbig verdickt. Für Tiere waren sie nicht pathogen.

Verf. schlägt für diesen, seiner Ansicht nach bisher nicht beschriebenen Krankheitserreger, der sich ausschließlich auf der Oberfläche der Schleimhaut aufhält, aber niemals in sie eindringt, sondern nur eine sich durch Verhornung auszeichnende Wucherung des Epithels bedingt, die Bezeichnung Bacillus keratosus vor. Im ganzen konnte er fünf einschlägige Fälle beobachten.

Doering (Göttingen).

---

6) **M. Nurok.** Exstirpation nasopharyngealer Geschwülste mittels Gaumenresektion.

(Russ. Archiv für Chir. [Russisch.])

Der Verf. beschreibt ein aus den Methoden von Mikulicz und Gussenbauer abgeleitetes Verfahren, das von W. M. Müntz geübt wird: Müntz hat nach diesem Plan an 10 Pat. 12mal operirt. Schnitt in der Mitte des harten Gaumens. Abhebelung von Schleimhaut und Periost nach der kranken Seite. Spaltung des weichen Gaumens seitlich von der Uvula. Die Muskulatur des weichen Gaumens wird vom harten Gaumen abgelöst, ohne daß der weiche Gaumen ganz durchtrennt wird. Der aus weichem Gaumen und Weichteilbedeckung des harten Gaumens bestehende Lappen wird zurückgeklappt. Resektion der Pars horizontalis ossis palatini. Die Geschwulst ist dann gut sichtbar. Zum Schluß wird der Gaumen genäht.

V. E. Mertens (Kiel).

---

7) **E. Martini.** Über Mischtumoren endothelialen Ursprungs der Speicheldrüsen.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIX. p. 337.)

Die sehr umfangreiche Arbeit beginnt mit einer zusammenfassenden Besprechung der Streitfrage, ob die Mischgeschwülste der Speicheldrüsen endo- oder epithelialer Natur seien. Im Gegensatz zu Ehrich, der in jüngster Zeit für die epitheliale Abstammung dieser Geschwülste eintrat, ist M. ein Anhänger der endothelialen Natur dieser Neubildungen. Es folgt dann die sehr ausführliche makroskopische und histologische Beschreibung sechs derartiger Mischgeschwülste. Die Einzelheiten darüber sind im Original nachzulesen.

Den Schluß der Arbeit bildet eine Besprechung der Entwicklung und der Symptome derartiger Geschwülste, ihrer klinischen Diagnose, Prognose und Therapie, sowie eine epikritische Zusammenfassung ihrer histologischen Beschaffenheit. Umfangreiches Literaturverzeichnis.

Doering (Göttingen).

---

8) **Thomas.** Ludwig's Angina.

(Annals of surgery 1908. Februar u. März.)

Eine ausführliche Studie über die obengenannte Krankheit, die Verf. für ein selbständiges Leiden hält, wenn sie auch nicht durch ein bestimmtes Bakterium bedingt ist. Vielmehr werden in dem Eiter, der sich bei der Ludwig'schen Angina bildet, gewöhnlich Strepto-

kokken gemischt mit Staphylokokken, Pneumokokken, Bakterium coli usw. angetroffen. Verf. definiert die Krankheit als eine sich schnell ausbreitende Zellgewebsentzündung, die gewöhnlich in der Regio submaxillaris beginnt als Entzündung um die Unterkieferspeicheldrüse und sich von hier auf den Mund, Rachen und event. Kehlkopf fortsetzt. Der primäre Herd liegt im Munde (kariöse Zähne, Mandelentzündung, Mundschleimhautgeschwür). Nicht jede Schwellung in der Regio submaxillaris ist als Angina Ludowici zu bezeichnen; sie wird zu dieser Krankheit erst durch das Fortschreiten auf Mundhöhle und Rachen. — An anatomischen Bildern veranschaulicht Verf., daß sich zwischen dem hinteren Rande des Musc. mylohyoideus und Constrictor pharyngeus medius ein Spalt befindet, durch welchen der M. stylohyoideus, die A. und V. lingualis und der N. hypoglossus tritt. Der größte Teil dieses Spaltes wird aber durch die Glandula submaxillaris ausgefüllt, und auf diese Weise kann sich die Entzündung aus der Regio submaxillaris auf den Mund und Schlund fortpflanzen. Der Tod erfolgt bei dem Leiden weniger durch die Bösartigkeit der Infektion als vielmehr durch das Fortschreiten des Prozesses auf den Kehlkopf und in seltenen Fällen auf die Lungen. Aber auch durch mechanischen Druck auf Kehldeckel und Kehlkopf kann — wenn auch seltener — der Tod eintreten. Besonders gefährlich sind jene Fälle, in denen der Prozeß im Rachen oder Kehlkopf beginnt. Verf. schöpft seine Erfahrungen aus 104 aus der Literatur gesammelten Fällen; in diesen begann das Leiden 92mal in der Fossa submaxillaris; als primärer Herd waren 36mal schlechte Zähne, 11mal Angina, in den übrigen Fällen keine Ursache angegeben.

Die Behandlung besteht in frühzeitiger Inzision des Mundbodens oder der äußeren teigigen Schwellung. Die Mundinzisionen haben oft keinen Erfolg, die äußere Inzision wird am besten in der Regio submaxillaris parallel dem Unterkieferrahde ausgeführt. Trifft man nicht auf Eiter, so soll man durch den M. stylohyoideus hindurchgehen und das sublinguale Zellgewebe freilegen.

Herhold (Brandenburg).

---

9) **Grünwald.** Über suboccipitale Entzündungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1907. Nr. 51 u. 52.)

Die Ergebnisse der Erfahrungen sind:

1) Das »Mal sousoccipital« beruht nicht immer auf Tuberkulose der basalen und Wirbelknochen, sondern kann auch durch andere spezifische und rein entzündliche Prozesse an denselben entstehen. Als solche kommen Erkrankungen des Ohres, ferner der Schädelbasis (auf traumatischem Wege) und vor allem der Nasennebenhöhlen, mitunter auch der Zähne, endlich Syphilis in Betracht.

2) Die Eiterung ruft zwar eine Reihe verschiedenartiger Symptome, je nach dem Wege, welchen sie einschlägt, und den Organen, welche sie ergreift, unter allen Umständen jedoch einige typische Symptome hervor.

3) Als empfehlendste oder wenigstens wichtigste dieser gemeinsamen Erscheinungen sind die mehr oder weniger weitgehende Kopfsperre, sowie der frühzeitige Beginn der Schmerzen zu bezeichnen, deren Lokalisation im Trigeminus- bzw. Occipitalgebiete besonders charakteristisch erscheint. Es empfiehlt sich daher, unter Verzicht auf zu weitgehende Spezialisierung in der Namengebung, alle diese Prozesse unter der Rubrik suboccipitaler Entzündungen zusammenzufassen und nur Ursprung und Verlauf jeweils näher zu bezeichnen.

4) Im Spätstadium weist in erster Linie das Infiltrat im Nacken auf den Sitz der Entzündung hin. Durchbruch in den Retropharyngealraum ist weniger kennzeichnend.

5) Der ursprüngliche Herd kann oft nur aus der zeitlichen und örtlichen Reihenfolge der Symptome erkannt werden, da ein und dieselbe Lokalisation (Ohr usw.) ebensowohl primäre, als sekundäre Bedeutung besitzen kann. Der Herd pflegt längere Zeit latent zu bleiben.

6) Größte Aufmerksamkeit ist den Durchbruchserscheinungen (plötzlicher Nachlaß der Schmerzen, des Fiebers und der Bewegungsstörungen) zu schenken, da diese der Verbreitung des bis dahin noch enger beschränkten Prozesses auf weitere Gegenden entsprechen und somit gegebenenfalls den letzten Zeitpunkt verraten, an dem noch durch sofortigen Eingriff unberechenbaren, ja tödlichen Folgen zuvorgekommen werden kann.

7) Ein sorgfältiges Temperaturstudium ist besonders geeignet, sowohl den Verlauf zu kontrollieren, als diesen kritischen Moment, in dem die Weiterverbreitung beginnt, erkennen zu lassen.

8) Vor der Entwicklung ausgesprochener Eiterung ist der Versuch, durch absolute Ruhigstellung des Kopfes (eventuell mit Zugentlastung) eine Rückbildung des Prozesses anzustreben, gerechtfertigt

Langemak (Erfurt).

---

10) **M. Ricard.** Über den Wert der chirurgischen Behandlung des angeborenen Torticollis nach dem Vorgange von Mikulicz.

Inaug.-Diss., Montpellier, 1907.

Verf. hat in der Literatur über die Resultate der Mikuliczschen Exstirpation des verkürzten Kopfnickers Untersuchungen angestellt und ist zum Schluß gelangt, daß das Verfahren es verdient, in allen Fällen von angeborenem Torticollis mit Vorzug angewendet zu werden. Es verhindert die Rezidive, ist nicht schwieriger als ein anderer diesbezüglicher Eingriff, weniger gefährlich als die subkutane Tenotomie und, obwohl auch nach ihm eine orthopädische Behandlung nützlich ist, so ist sie doch nicht absolut notwendig, wie nach anderen Operationsmethoden. R. teilt einen einschlägigen Fall aus der Klinik von Forgue mit, bei dem die Operation, nachdem Rezidiv eines mittels offener Tenotomie behandelten Schiefhalses aufgetreten war, ausgeführt worden und ein sehr gutes funktionelles und ästhetisches Resultat ergeben hat. Doch wurde der Einschnitt nicht klein, wie ihn Mikulicz

empfiehlt, sondern längs des ganzen hinteren Muskelrandes ausgeführt und der Kopfnicker genau herauspräpariert. Er empfiehlt das für alle einschlägigen Fälle, da eine Verletzung wichtiger Teile auf diese Weise ausgeschlossen ist. **E. Toff** (Braila).

11) **P. Haglund.** Skoliosfrågan från icke-specialistens synpunkt.

(Allm. Sv. Lakarlidningen 1907. p. 273, 337 u. 343.)

Da die Skoliosefrage, durch die mehr wohlgemeinten als erfolgreichen Vorschläge Klapp's u. a., einen Teil der Skoliosetherapie auf das Gebiet des Hausarztes zu übertragen, neuerdings die allgemeinere Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat, gibt Verf. eine kurzgefaßte Darstellung seiner Auffassung von der gegenwärtigen Lage der Skoliosefrage.

Verf. ist der Ansicht, daß die weitläufigen anatomischen und mechanischen Auseinandersetzungen über die Natur der Skoliose, die seit langer Zeit den größten Teil der großen Skolioseliteratur in Anspruch genommen, ein nur geringes praktisches Resultat ergeben haben. In Übereinstimmung mit Schanz und im Anschluß an dessen bekanntes Skolioseschema versucht er daher die Skoliosefrage von der Anatomie und Mechanik zur praktischen Therapie zurückzuführen. Wie Schanz unter dem Begriff Insufficientia pedis die Belastungskrankheit des Fußes einrangieren will, bringt Verf. die Bezeichnung Insufficientia columnae vertebralis für die mannigfachen Rückgratverkrümmungen in Vorschlag. — Klapp's Methode könne möglicherweise eine geringe Vermehrung unseres Vorrates an gymnastischen Hilfsmitteln bei der Skoliosebehandlung gewähren, werde aber nicht halten, was Klapp u. a. an Heilvermögen in Aussicht stellen. Auch weist Verf. Unrichtigkeiten in Klapp's Darstellung nach. — Andererseits glaubt Verf. nicht, daß die energischen Gipsmethoden Wullstein's u. a. für schwere Skoliosen jemals eine nennenswerte Rolle in der Skoliosetherapie spielen werden. Er selber wendet diese Gipstherapie nur sehr ausnahmsweise bei rachitischen, weichen Skoliosen in frühem Alter an, wo Gipsbett und Gipskorsett bisweilen sehr gute Resultate geben.

Die souveräne Methode ist und bleibt die gymnastische Behandlung, neben der Korsettherapie mit Gips oder orthopädischen Bandagen nur unterstützend wirkt. Hauptsache ist, die Skoliosegymnastik in rationellen und mehr und mehr energischen Bahnen zu entwickeln. Verf. bedauert die besonders in Schweden herrschende Trennung zwischen manueller und maschineller Gymnastik. Beide Methoden mögen Hand in Hand arbeiten und alle mechanischen Hilfsmittel gleichzeitig und abwechselnd angewendet werden. Unter der Voraussetzung, daß eine frühe Diagnose eine wirklich frühzeitige Behandlung ermöglicht, kann die Skoliosetherapie wirklich recht viel ausrichten. Um seinesteils dazu beizutragen, den Ärzten und durch sie dem Publi-

kum eine richtige Vorstellung von der Natur der Skoliose und dem Werte der Skoliosebehandlung zu geben, widmet Verf. einen großen Teil der Arbeit der genauen Untersuchung der Skoliose.

(Selbstbericht.)

---

12) A. Reich. Die Verletzungen des Nervus vagus und ihre Folgen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 684.)

Die Folgen der verschiedenen Arten von Verletzungen des N. vagus sind bisher nur sehr mangelhaft.

Unter Mitteilung von fünf eigenen Fällen aus der v. Bruns-schen Klinik gibt die Arbeit eine Übersicht über die gesamte einschlägige Kasuistik, die bisher elf akzidentelle Vagusverletzungen, 44 operative Vagotomien und 28 mechanische Vagusreizungen umfaßt.

Eine kritische Sichtung des klinischen Materials und eine Reihe eigener Experimente führten zu folgenden Hauptergebnissen:

Es ist streng zu unterscheiden zwischen Durchschneidungen des Vagus, welche nur Lähmungssymptome verursachen, und anderen Verletzungen verschiedener Art, die Vagusreizerscheinungen hervorrufen.

Die reizlose Vagotomie an sich ist ein ungefährliches Ereignis, das weder momentan noch durch Beeinflussung des postoperativen Verlaufs schwere Erscheinungen von seiten des Herzens, der Atmungsorgane oder des Verdauungskanals erzeugt, ausgenommen die bleibende Stimmbandlähmung.

Es können aber, und zwar ausschließlich bei Untersuchung eines gesunden Vagusstammes, akute Ausfallssymptome auftreten, die jedoch durchweg leichter Art und ungefährlich sowie ungleichwertig sind. Zu diesen gehört von seiten des Herzens eine sonst in nichts begründbare Tachykardie, die Stunden bis Wochen dauert, von seiten der Atmung möglicherweise eine Verlangsamung und Vertiefung der Atemzüge, für welch' letztere sich aber klinische Beweise nur schwer erbringen lassen.

Komplikationen des postoperativen Verlaufes, insbesondere Dysphagie, Bronchitis und Pneumonien, stehen nicht in nachweisbarem ursächlichen Zusammenhang mit der Vagotomie, sind vielmehr in allgemeinen und lokalen Verhältnissen sowie der Art und Schwere der Mitverletzungen genügend erklärt. Der Vagotomie als solcher kommt demnach keine Mortalität zu. Nach Vagusdurchschneidung ist es zulässig und empfehlenswert, die Nervennaht zu versuchen.

Im Gegensatz zur Vagotomie folgen auf traumatische Vagusreizungen verschiedenster Art sehr schwere Symptome, die sich in einer momentanen Hemmung der Herz- und Atmungstätigkeit äußern. Die Veränderungen der Herztätigkeit schwanken zwischen einer leichten Blutdrucksenkung und Verlangsamung des Rhythmus einerseits, einem plötzlichen Herzstillstand andererseits. Von seiten der Atmung kommt es zu krampfhaften Hustenanfällen mit Dyspnoe, zu einer beträcht-

lichen Abnahme der Frequenz und Größe der Atmung und schließlich gleichfalls zu totalem Atmungsstillstand.

Der Beweis für den ursächlichen Zusammenhang dieser Störungen mit Vagusmißhandlungen ist gegeben in der absoluten zeitlichen Koinzidenz, in der Abhängigkeit der Symptome von der Beseitigung und Wiederholung der Reizeinwirkung, und in der Gleichartigkeit und Qualität der Symptome, die in den Bereich der Vagusfunktion fallen.

Für die Unterschiede in der Wirkungsintensität kommen die Schwere der Reize, die Dauer von deren Wirksamkeit, sowie gewisse allgemeine und lokale Dispositionen in Betracht, doch so, daß letztere nur eine sekundäre Bedeutung besitzen. Für alle schwereren, als Reiz geeigneten Insulte der Nerven ist das Auftreten von Reizsymptomen konstant.

Die akute Reizwirkung kann sich bis zum blitzartigen Tod durch Hemmung der Herz- und Atmungstätigkeit steigern, wie fünf Beobachtungen, darunter eine eigene, beweisen.

Diese Symptome kommen zustande durch reflektorische Erregung der Hemmungszentren für Herz und Atmung in der Medulla oblongata, zum geringeren Teil der zentrifugalen Herzfasern, nicht aber durch reflektorischen Glottiskrampf.

Zur Prophylaxis übler Zufälle bei Halsoperationen empfiehlt sich außer größter Vorsicht die Methode der temporären reizlosen Vagusausschaltung durch lokale Kokainisierung oberhalb und unterhalb des gefährdeten Abschnittes.

Sind Reizsymptome eingetreten, so muß in erster Linie die Ursache beseitigt werden; ist dies nicht möglich oder nicht von einer prompten Besserung der Symptome gefolgt, so soll man aus vitaler Indikation die Vagotomie vornehmen.

Die Experimente an Kaninchen und Katzen ergaben eine völlige qualitative Übereinstimmung der durch Vagotomie und Vagusreizung bei Mensch und Tier hervorgebrachten Symptome. Dagegen gelang es nicht, durch analoge mechanische Reize, welche beim Tier unwirksamer sind als elektrische, auch nur annähernd so schwere Symptome zu erzeugen, wie sie beim Menschen beobachtet sind; durch seine Variation der Versuchsanordnung und der Reizart war es möglich, mit einiger Sicherheit einen tödlichen Ausgang herbeizuführen. Die Tierversuche bestätigten die Wirksamkeit der empfohlenen reizlosen lokalen Vagusausschaltung mittels Kokain. **Reich** (Tübingen).

---

13) J. L. **Reverdin.** Some remarks on the intraglandular enucleation of goitre.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Nach einer ausführlichen Schilderung der operativen Technik legt R. eingehend die Vorteile der Enukleation der Schilddrüsenknoten dar, die er trotz der gegenteiligen Ansichten Kocher's als die beste Methode betrachtet, wenn es sich um Kröpfe mit deutlicher Kapsel

handelt. Im besonderen werden die Schonung des Nachbargewebes, die Erhaltung der gesunden Schilddrüsenteile und der Epithelkörperchen und die guten kosmetischen Resultate hervorgehoben. Die Gefahr der Blutung sei nicht allzu groß, und die nach Enukleation häufiger beobachteten Rezidive seien von geringerer Bedeutung, weil die rezidivierenden Knoten ohne Gefahr bezüglich des Myxödems entfernt werden können. R. betont jedoch, daß sich die Enukleation nur für gutartige kapselumgebene Geschwülste eigne, während alle gefäßreichen, chronisch entzündlichen und bösartigen Kröpfe für die partielle Strumektomie nach Kocher in Betracht kommen.

Strauss (Nürnberg).

---

14) **Th. Langhans.** Über die epithelialen Formen der malignen Struma.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIX. p. 69.)

Die sehr umfangreiche Arbeit geht weit über den Rahmen eines kurzen Referates hinaus. Es kann hier deshalb nur kurz darauf hingewiesen werden, daß L. auf Grund seiner ausgedehnten Untersuchungen folgende Formen unter den bösartigen epithelialen Kröpfen unterscheidet:

1) Die wuchernde Struma (das Adenokarzinom von v. Eiselsberg u. a.).

2) Die karzinomatöse Struma mit dem gewöhnlichen unregelmäßigen Bau der Krebse.

3) Die metastasierende Kolloidstruma.

4) Die Parastruma, Geschwulst der Epithelkörper oder glykogenhaltige Struma (Kocher).

5) Die kleinalveoläre, großzellige Struma, vielleicht Struma postbranchialis (Getzowa).

6) Das Papilloma.

7) Das Cancroid.

Sämtliche Formen, mit Ausnahme der letzten, werden sehr genau makroskopisch und histologisch beschrieben; für jede Art finden sich in der Arbeit eine Reihe von Beispielen. Wer sich über die Details näher und genauer informieren will, muß das Original nachlesen.

Doering (Göttingen).

---

15) **Pfeiffer** und **Mayer.** Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Epithelkörperchenfunktion.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XVIII. Hft 3.)

Verff., die durch die von zahlreichen Autoren ausgeführten Versuche als nachgewiesen erachten, daß der Verlust der Epithelkörperchen Tetanie bedinge, haben zahlreiche Experimente an Hunden, Mäusen und Ratten angestellt zur genaueren Feststellung der Funktion der Epithelkörperchen, besonders zur Feststellung, ob nach Verlust der Epithelkörperchen im Körper ein Gift kreise, das die Tetanie herbeiführe. Sie konnten in der Tat im Gefolge der postoperativen

Tetanie des Hundes in 6 unter 17 agonalen Seren ein toxisches Prinzip nachweisen, das normale Mäuse nicht zu schädigen vermochte, doch bei partiell ihrer Epithelkörperchen beraubten Tieren typische Tetanie hervorrief.

Sie fanden ferner, daß die postoperative Tetanie erwachsener Hunde vorwiegend unter dem Bilde klonischer Muskelerscheinungen verlief, während bei sehr jungen Tieren derselben Art spastische Zustände und gehäufte Anfälle kompletter tonischer Starre das Krankheitsbild beherrschen.

Die Nachahmung der idiopathischen Tetanieformen im Tierversuche gelang ihnen nicht. **Haeckel** (Stettin).

16) **V. Lieblein.** Über die Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengerungen mittels der Sondierung ohne Ende.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 581.)

Für narbige Speiseröhrenverengerungen ist die Bougierung vom Mund aus die nächstliegende und meistgebrauchte Behandlungsmethode, welche, wie vier Krankengeschichten zeigen, mitunter Dauererfolge erzielen, andererseits aber Spätrezidive nicht sicher verhüten kann. Für jeden Dauererfolg ist Voraussetzung, daß man die Bougierung jahrelang fortsetzt.

Gelingt dagegen die Bougierung durch den Mund nicht, was keineswegs in jedem Falle gleichbedeutend mit Undurchgängigkeit der Speiseröhre ist, so kann die Unterernährung des Pat. zur Gastrostomie zwingen. Häufig werden vorher impermeable Strikturen nach Anlegung der Magenfistel für die Sondierung durch den Mund durchgängig (2 Fälle); ist dies nicht der Fall, so schafft die Fistel Gelegenheit zu Versuchen mit retrograder Bougierung, ein Verfahren, das Verf. bei Einhaltung der v. Hacker'schen Vorschriften für die leistungsfähigste und schonendste Behandlungsart von oben undurchlässiger Ösophagusstrikturen erklärt. Zwei Krankengeschichten schildern, wie es auf dem Wege der retrograden Sondierung ohne Ende nach v. Hacker und unter Anwendung konischer Schläuche (v. Eiselsberg) gelang, die Heilung der Narbenverengerung herbeizuführen und bei einer 7jährigen Beobachtungszeit ein gutes Dauerresultat zu erreichen, obgleich die Pat. 6 Jahre lang nicht mehr bougiert worden waren.

Bei der Ungefährlichkeit der Gastrostomie, die bisher in der Wölfler'schen Klinik noch nie durch einen Todesfall belastet worden sein soll, stellt sich Verf. durchaus auf den v. Hacker'schen Standpunkt, sofort zur Gastrostomie zu schreiten, sobald die Sondierung durch den Mund unmöglich ist oder keine Fortschritte macht, und hieran die retrograde Sondierung ohne Ende, in Notfällen von einer Ösophagotomiefistel aus, anzuschließen. **Reich** (Tübingen).

17) **Robinson.** Experimental surgery of the lungs.
(Annals of surgery 1908. Februar.)

Verf. machte an einer großen Anzahl von Hunden Thorakotomien und partielle Lungenresektionen; zur Verhütung des Pneumothorax wandte er einen dem Brauer'schen ähnlichen Apparat an, durch den Äther mit komprimierter Luft von dem Tiere durch eine Maske ohne Tracheotomie eingeatmet wird. Er spricht sich gegen die Sauerbruch'sche Kammer und für das Überdruckverfahren aus, das einfacher und weniger kostspielig sei. Die bekannten Einwände Sauerbruch's gegen den positiven in das Innere der Bronchien eingeführten Luftdruck — Gefahr des Emphysems und von Zirkulationsstörungen, das unregelmäßige Atmen, der große Wärmeverlust, das event. Eintreten von Pneumothorax — läßt er nicht gelten. Mit seinem etwas komplizierten, näher beschriebenen Apparate hatte er bei den ersten Lungenresektionen und Brustkorberöffnungen Mißerfolge, die er aber mangelhafter Technik und Asepsis zuschrieb. Bei den späteren Operationen trat stets Heilung der Wunden ein; nur wenn er einen ganzen Lungenlappen resezierte, gingen die Tiere zuweilen ein. A. meint, daß sich in solchen Fällen eine sehr große Höhle gebildet habe, in welche die andere Lunge sich hineingedrängt und schwere Zirkulationsstörungen hervorgerufen hätte. **Herhold** (Brandenburg).

Kleinere Mitteilungen.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Luisenhospitals zu Dortmund. Prof. Dr. Henle.

Ein einfacher Apparat zur Überdrucknarkose.

Von

Dr. Max Tiegel,

Sekundärarzt.

In Ermangelung einer Sauerbruch'schen Unterdruckkammer, die wir gelegentlich einiger dringlicher Eingriffe in der freien Brusthöhle sehr vermißten, ließen wir uns den in folgendem beschriebenen Apparat konstruieren. Zunächst nur als Provisorium für Notfälle gedacht, hat sich derselbe jedoch bei einigen größeren endothorakalen Operationen so gut bewährt, daß ich nicht anstehe, ihn allen denen, die sich in ähnlicher Lage befinden wie wir, zur Anwendung zu empfehlen.

Der Apparat besteht im wesentlichen:

1) aus einer Blechmaske (*M*, Fig. 1), die mittels einer aufgestülpten, mit Luft gefüllten Gummipelotte dem Gesicht des Pat. luftdicht aufgedrückt und außerdem durch einen rasch zu lösenden Gurt befestigt werden kann;

2) aus einem mit Netz übersponnenen Gummiballon (*B*), der durch ein weites Rohr (*R*) mit der Maske kommuniziert und zugleich Luftreservoir und Behälter für den Narkosenäther darstellt. Die weite Lichtung des Verbindungsrohres sichert eine unbehinderte Atmung.

Das weite Verbindungsrohr (*R*) ist über dem Ballon von einem dünneren Rohr (*Z*) durchbohrt, das etwa bis in das Zentrum des aufgeblähten Ballons reicht und, mit einer Druckluft liefernden Quelle (Sauerstoffbombe, Wasserstrahlluftpumpe) in Verbindung gebracht, als Zuführungsrohr der Druckluft dient.

In das Dach der Maske ist ein zweites dünneres Rohrstück (*A*) eingefügt, das mit einem Wasserstanddruckventil verbunden wird und durch dieses die Ableitung der überschüssigen Druckluft samt den Exspirationsgasen aus der Maske ermöglicht.

Das Wasserstanddruckventil (Fig. 3, links) besteht aus einem hohen, zur Hälfte mit Wasser gefüllten Glasgefäß, in welches ein Metallrohr eintaucht. Das Metallrohr ist durch einen an dem Deckel des Gefäßes angebrachten Zahnradtrieb verstellbar, so daß das Ventil und damit auch der Druck in der Maske leicht reguliert werden kann. Das Ventil hält den Druck der Luft in dem ganzen System auf einer gewünschten gleichmäßigen Höhe und verhütet ein Ansteigen über diese

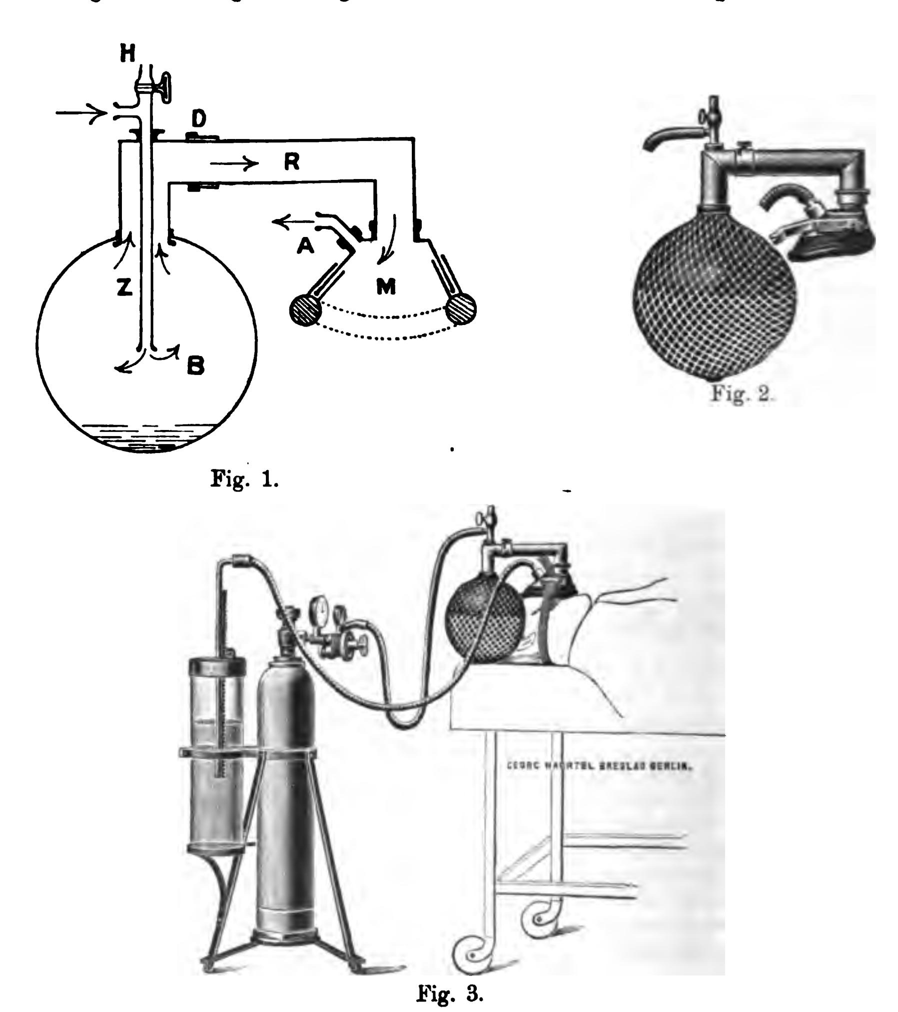


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

hinaus, gestattet andererseits bei genügend reichlich gewählter Luftzufuhr ein fortwährendes Abströmen von Luft, wodurch die Atmungsluft in Ballon und Maske stetig erneuert wird.

Beide an der Maske angebrachten Rohre (*R* und *A*), sowie das in den Ballon führende Zuleitungsrohr (*Z*) sind drehbar. Ferner ist auch in das Verbindungsstück zwischen Maske und Ballon ein drehbares Gewinde (*D*) eingefügt. Es ist so möglich, den Apparat den verschiedenen Lagen des Pat. anzupassen.

Das in den Ballon führende Zuleitungsrohr (Z) läuft oben in einen durch einen Hahn verschließbaren Ansatz (H) aus, durch welchen auch während der Narkose mittels einer Spritze Äther in den Ballon nachgefüllt werden kann, ohne eine Unterbrechung des Überdruckes herbeizuführen. Um eine solche auch beim Auswechseln der Sauerstoffbombe zu vermeiden, empfiehlt es sich. zwischen diese und die Maske ein Y-förmiges Rohr einzuschalten, in dessen beiden Schenkeln Hähne eingefügt sind. Man kann bei dieser Anordnung schon die Ersatzbombe einschalten, bevor die gerade im Gebrauch befindliche zu Ende ist und nachher nur durch einfaches Umstellen der Hähne die frische Bombe für die entleerte in Tätigkeit treten lassen. Des weiteren gestattet diese Anordnung auch, neben der Sauerstoffbombe eine Wasserstrahlluftpumpe anzuschließen und so abwechselnd oder auch gleichzeitig den Apparat mit Sauerstoff oder gewöhnlicher Druckluft oder einer sauerstoffreichen Druckluft zu versorgen. Bei einer kürzlich vorgenommenen Brustwandresektion wurde von einer derartigen Anordnung Gebrauch gemacht. Die Narkose verlief gut. Der Verbrauch an Sauerstoff war sehr gering.

Obwohl wir bisher mit einer Gesichtsmaske ausgekommen sind (auch bei bärtigen Männern) haben wir uns doch, um für alle Eventualitäten gesichert zu sein, deren mehrere von verschiedener Form und Größe konstruieren lassen; dieselben sind leicht auswechselbar. Im übrigen ist ein mäßiges Entweichen von Luft zwischen Maske und Gesicht ohne Belang, wenn die Druckluftquelle nur imstande ist, durch entsprechend vermehrte Luftzufuhr diesen Verlust auszugleichen[1].

Der Apparat ist bisher bei mehreren großen endothorakalen Operationen am Menschen (Lungenresektion, Herzoperation, Ösophagusresektion, ausgedehnter Brustwandresektion mit breiter Eröffnung der Pleurahöhle) zur Anwendung gelangt und hat dabei gut funktioniert. Der Kollaps der Lungen wurde verhütet, und damit auch die unangenehmen Begleiterscheinungen des weit offenen Pneumothorax. Die Atmung blieb während der Anwendung des Apparates, die sich in zwei Fällen über Stunden erstreckte, ruhig und regelmäßig. Am Puls wurde nichts Besonderes beobachtet.

Gegenüber den bisher angegebenen Überdruckapparaten von Brauer, Engelken, Sauerbruch bietet mein Apparat eine Reihe von Vorteilen, von denen ich besonders auf folgende hinweisen möchte:

1) Er ist einfach, leicht zu beschaffen, leicht zu transportieren, ohne komplizierte Hilfsmaschinen zu betreiben und wird sich darum besonders auch für die Verwendung in der Kriegschirurgie eignen. Die einzigen Teile, deren Defekt zu fürchten ist, die Gummiteile, sind bequem auszuwechseln. Außerdem ermöglichen es die geringen Anschaffungskosten leicht, sich einen zweiten Apparat (oder wenigstens ein zweites Maskenstück mit dem Ballon) in Reserve zu halten.

2) Er gestattet ohne Gefährdung der Asepsis auch unter Anwendung des Narkosenschirms ein Operieren in den obersten Thoraxabschnitten, was bei den bisherigen Apparaten (auch in der Unterdruckkammer) kaum möglich ist, da die den Kopf und Rumpf trennende Gummimanschette Hals, Schultern und obersten Brustteil des Pat. bedeckt.

3) Er kann in Fällen, in denen die freie Brusthöhle durch Zufall oder unvorhergesehene Umstände eröffnet wird, intra operationem schnell und leicht angebracht werden.

4) Er ermöglicht ebenso schnell und leicht, die Überdrucknarkose zu unterbrechen und das Gesicht (Mund) des Pat. frei zu bekommen, was bei Narkosen-

[1] Wie ich nachträglich aus der Literatur ersehen habe, hat bereits v. Mikulicz auf eine ähnliche Vereinfachung des Überdruckverfahrens hingewiesen. Auch Brauer hat bei seinen ersten Überdruckversuchen einen Maskenapparat verwandt, diesen jedoch als ungeeignet für größere chirurgische Eingriffe zugunsten seines jetzigen Überdruckapparates aufgegeben.

zwischenfällen[2], bei gewissen operativen Maßnahmen notwendig sein kann. So gelang z. B. die Einführung einer Schlundsonde mit Murphyknopf in die Speiseröhre, die in der Unterdruckkammer öfters auf große Schwierigkeiten stieß, die ich mir in dem engen Kopfkasten des Brauer'schen Apparates als völlig unmöglich denke, in unserem Falle von Ösophagusresektion leicht. Nachdem die weite Öffnung in der Brustwand mit nassen Kompressen fest zugedeckt worden war, wurde die Maske abgenommen. Man konnte nun den Kopf des Pat. bequem zurückbiegen und die Sonde einführen. Das aus dem Munde noch hervorstehende Sondenstück wurde ein wenig gekürzt, so daß die Maske wieder aufgesetzt werden konnte und die Überdrucknarkose bei eingeführter Sonde ihren Fortgang nahm. Die kurze Unterbrechung der Druckdifferenz bei zugedeckter Thoraxöffnung hatte keinerlei Nachteile.

5) Der Narkotiseur und sein Assistent behalten ihre Arme frei und sind von dem Operateur nicht getrennt.

Gegenüber dem Unterdruckverfahren besteht die gleiche physiologische Minderwertigkeit, wie bei jedem Überdruckverfahren überhaupt. Die Frage, inwieweit wir in praxi von diesem Unterschied werden absehen dürfen, wird sich erst an der Hand weiterer Erfahrungen entscheiden lassen[3].

Dortmund, den 12. April 1908.

---

18) XX. Französischer Chirurgenkongreß. Paris, 7.—12. Oktober 1907.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 11.)

1. Referat. Béclère (Paris). Einfluß der Röntgenstrahlen auf die bösartigen Geschwülste.

Im allgemeinen sind die Geschwulstzellen empfindlicher gegenüber den Röntgenstrahlen als die gesunden Körperzellen. Die von letzteren ohne Schädigung ertragene Dosis oder ein Bruchteil derselben genügt, um Geschwulstzellen zu töten. Die Wirkung ist je nach Art und Sitz der Geschwulst verschieden.

1) Die Hautkrebse können, solange sie nicht die Lederhaut überschritten haben, durch die Röntgenbehandlung geheilt werden; oft ist es vorteilhaft, sie mit einem chirurgischen Eingriff zu kombinieren. Für das Gesicht ist die Röntgenbehandlung wegen des kosmetischen Resultates die Methode der Wahl. Am günstigsten wird das Ulcus rodens beeinflußt. Bei Epitheliomen, die von der Stachelzellenschicht ausgegangen sind, erlebt man häufig Mißerfolge.

---

[2] Nach der Demonstration des Apparates auf dem letzten Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie durch Herrn Prof. Henle wurde das Bedenken ausgesprochen, daß die Maske nicht für ein etwaiges Erbrechen des Pat. eingerichtet sei. Ich bemerke hierzu, daß wir stets — nach vorheriger Verabreichung von Morphium-Skopolamin — mit gewöhnlicher Äthertropfnarkose beginnen und erst in völlig tiefer Narkose, wenn zur Eröffnung der Pleurahöhle geschritten wird, zur Anwendung der Druckmaske übergehen. In diesem Stadium der Äthernarkose aber erbrechen nach unseren Erfahrungen die Pat. überhaupt nicht. Sollte dies jedoch einmal eintreten, dann unterbricht man am besten auf einen Moment die Operation, was ja auch infolge der Preßbewegungen geboten erscheinen wird, und nimmt nach vorheriger Bedeckung der Thoraxwunde die Maske so lange ab. Daß dies ohne Schaden geht, haben wir des öfteren bei unseren Operationen am Menschen, sowie auch bei Tierexperimenten gesehen. Überdies läßt sich für diese Eventualität auch ohne Schwierigkeiten Vorsorge treffen, indem man nach dem Vorschlage von Herrn Prof. Henle an der Maske ein genügend großes, leicht auswechselbares Receptaculum anbringt, dessen breiter Zugang bei seitlicher Lagerung des Kopfes des Pat. den tiefsten Punkt der Maske bildet. Das eben Gesagte gilt auch für das Zurückfallen der Zunge, die man nach Abnahme der Maske leicht mit einem Seidenfaden anschlingen und an diesem bei wieder aufgesetzter Maske vorn halten kann.

[3] Der Apparat wird von Georg Härtel, Breslau-Berlin angefertigt und ist gesetzlich geschützt.

2) Von den bösartigen Geschwülsten der Schleimhäute kommen nur die in der Nähe der natürlichen Öffnungen gelegenen (Lider, Nase, Lippen, Zunge, Rachen, After, äußere Geschlechtsteile) für die Röntgenbehandlung in Betracht. Obwohl auch bei ihnen durch die Bestrahlung Heilungen erzielt sind, so eignen sie sich wegen ihrer schwierigeren Zugänglichkeit, ihres schnelleren Wachstums und Vordringens in die Lymphbahnen weniger für die Röntgenbehandlung.

3) Die bösartigen Geschwülste der Brustdrüse können bei langsamem Wachstum völlig durch Röntgenstrahlen geheilt werden, ausnahmsweise auch dann, wenn schon die Haut und die oberflächlichsten Lymphdrüsen ergriffen sind. Auch die Rezidive nach Operationen (Haut- und Unterhautknötchen) und geschwürig zerfallene Geschwülste werden oft wirksam beeinflußt. Sind schon das tiefe Lymphsystem, die Brustwand oder die Brusteingeweide infiziert, so ist das Röntgenverfahren machtlos. Wegen der örtlichen Heilungen, der Besserung des Allgemeinbefindens, der Verringerung bestehender Schmerzen, der Verlängerung des Lebens und des guten psychischen Einflusses verdient es aber auch in inoperablen Fällen angewandt zu werden.

4) Von den bösartigen Geschwülsten des Gefäß- und Bindegewebes werden die Sarkome im allgemeinen stärker durch die Röntgenstrahlen geschädigt als epitheliale Neubildungen. Jedoch wechselt die Beeinflußbarkeit selbst bei im histologischen Aufbau, Sitz, Größe und Ausgangspunkt ähnlichen Sarkomen in weiten Grenzen. Die Leukämie wird in allen Formen durch die Röntgenbehandlung wesentlich gebessert, der tödliche Ausgang aber nur hinausgeschoben. Bei der Mycosis fungoides erzielt das Röntgenverfahren fast immer Heilung.

5) Die Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste der Eingeweide hat wohl Besserungen, aber noch keine sicheren Heilungen ergeben. Bisher sind ihr Neubildungen des Kehlkopfes, der Schilddrüse und des Magens unterzogen worden.

Die Röntgenstrahlen sind eine zweischneidige Waffe, die heilen, aber auch verwunden kann. Die Gefahr der Überdosierung durch zu lange Dauer der Sitzungen, zu kurze Intervalle zwischen ihnen oder zu lange Fortsetzung der Behandlung wird selbst von den erfahrensten Radiotherapeuten nicht vermieden werden können, da man oft bis zur äußersten Grenze der noch erlaubten Intensivbehandlung gehen muß, wenn man nachhaltige Erfolge haben will. Kommt es, trotzdem die Grenze der erlaubten Reaktion nicht überschritten war, zum Röntgengeschwür, so ist das an der Schleimhaut wegen der Gefahr der sekundären Infektion noch viel bedauerlicher als an der Haut. Die notwendige lange Unterbrechung der Behandlung begünstigt außerdem die Einschleppung noch nicht zerstörter Geschwulstzellen in die Drüsen. Dagegen ist bei richtiger Anwendung und Dosierung eine Generalisation der Geschwülste durch die Röntgenstrahlen nicht zu befürchten. Das Fieber während der Röntgenbehandlung bösartiger subkutaner Neubildungen ist auf Rechnung von Zerfallsprodukten zu setzen, die ins Blut gelangen und durch die Nieren ausgeschieden werden. Die auf chronisch gewordenen Röntgengeschwüren manchmal entstehenden Hautkrebse beweisen nichts für eine krebserzeugende Kraft der Röntgenstrahlen, da alle chronischen Reize der Haut, welche zu Ernährungsstörungen und Geschwürsbildungen führen, ihre krebsige Entartung begünstigen.

Bei der Behandlung bösartiger Geschwülste ist die Röntgentherapie keine Rivalin, sondern eine wichtige Hilfskraft der Chirurgie. Eine operable Geschwulst muß stets operiert werden. Nur Epitheliome, die die Lederhaut noch nicht überschritten haben, besonders solche des Gesichts, und versuchsweise auch operable Sarkome dürfen primär der Röntgenbehandlung unterworfen werden. Ist die bösartige Natur zweifelhaft, hält der Chirurg einen Eingriff noch nicht für geboten, oder lehnt ihn der Kranke ab, so ist ebenfalls Röntgenbehandlung am Platze. Nach der Operation sollen entweder sofort oder beim ersten Zeichen eines Rezidivs das Operationsgebiet und die zugehörigen Drüsen bestrahlt werden. Endlich ist bei inoperablen Geschwülsten die Radiotherapie dasjenige Verfahren, von dem zurzeit am meisten zu erwarten ist.

Korreferat. Maunoury (Chartres) setzt auf die Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste große Hoffnungen. Er bestrahlt nach jeder Operation die offene

Wunde. Schien die radikale Entfernung gelungen, so wird die Wunde geschlossen und weiterhin durch die Haut bestrahlt, anderenfalls wird die Wunde offen gelassen und behandelt. Neben der intensiveren Wirkung hat dies den Vorzug, daß Rezidive sofort augenfällig werden. Für die Behandlung infizierter Drüsen gelten die gleichen Grundsätze.

Diskussion. Pozzi (Paris) vergleicht die Erfolge der Röntgentherapie mit denen der Blitzbehandlung nach de Keating-Hart. Letztere verdient bei allen genügend zugänglichen Geschwülsten den Vorzug. Nur die Cancroide des Gesichts, die Sarkome und schwer erreichbare oder bereits generalisierte Geschwülste bleiben für die Röntgenbehandlung reserviert. Bei den Cancroiden der Schleimhäute und den Krebsen der Brustdrüse sind die Erfolge der Fulguration erstaunlich; die wahren Schleimhautkrebse werden durch sie kaum beeinflußt, von ihnen ausgehende Schmerzen und Blutungen aber auch beseitigt. Gute Resultate sah P. bei Collumkrebsen, selbst wenn sie auf Scheide und Mastdarm übergegriffen hatten. Die Wirkung der Röntgenstrahlen wird verzehnfacht, wenn eine einmalige Blitzbehandlung vorausgeschickt wird. Trotz der Wirksamkeit beider Verfahren räumt auch P. dem Messer die erste Stelle in der Behandlung bösartiger Geschwülste ein.

Doyen (Paris) hält es für logisch, der Fulguration, deren Erfindung er Rivière zuschreibt, die Auskratzung vorauszuschicken, damit die Funken auch auf die versteckt gelegensten Geschwulstteile wirken können. Für die Behauptungen Béclère's vermißt er statistische Unterlagen. Es fragt sich, wie viele Kranke sind dauernd geheilt geblieben und wie viele gestorben, nachdem sie als geheilt angesehen worden sind? An die Röntgenheilung von Krebsen glaubt er nicht, nur kleine Hautepitheliome verschwinden. Infolge ihrer zerstörenden Wirkung auf das Lymphdrüsengewebe leisten die Röntgenstrahlen einer rapiden Ausbreitung der Krebse Vorschub.

De Keating-Hart beansprucht die Priorität in der Anwendung langer Funken hoher Frequenz und Spannung auf die bösartigen Geschwülste: sie können ohne Narkose nicht ertragen werden. Rivière begnügte sich mit kurzen Funken. Die Fulguration tötet das Geschwulstgewebe und erleichtert so die nachfolgende Auskratzung; die größte Tiefenwirkung wird durch wiederholte Sitzungen erreicht.

Reynès (Marseille) bestätigt die günstigen Wirkungen der Blitzbehandlung auf bösartige Geschwülste. Eingeweidekrebse werden auch durch sie nicht geheilt.

Willems (Gand) bespricht eingehend die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Lymphdrüsengeschwülste unter Berücksichtigung ihres histologischen Baues. Die einfach hyperplastischen Lymphdrüsen verschwinden schnell, die malignen Lymphome (»Lymphoidome«) werden niemals beeinflußt, die tuberkulösen Lymphdrüsengeschwülste höchstens nach monatelanger Behandlung.

Tuffier (Paris) äußert sich sehr zurückhaltend über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf bösartige Geschwülste, besonders bezüglich der Sarkome. Die wirklich bösartigen unter ihnen sind noch nie durch Röntgenstrahlen geheilt worden. Die Bestrahlung der offenen Wunde nach Entfernung der Neubildung hält T. für einen Rückschritt in der chirurgischen Technik und höchstens dann erlaubt, wenn die Wundränder nicht mehr vereinigt werden können.

Thiéry (Paris) hält dagegen die Bestrahlung der offenen Exstirpationswunde für geeignet, die dem Messer entgangenen Krebskeime zu vernichten.

Gangolphe (Lyon) hat ein Lymphadenom, das nach der Operation dreimal rezidivierte, jedesmal durch Röntgenbehandlung geheilt. Fünf Brustkrebse, die operiert und bestrahlt wurden, sind ohne Rezidiv geblieben. Ein Rezidiv eines Brustkrebses sah G. unter Röntgenbehandlung verschwinden.

Cerné (Rouen) warnt vor übertriebenen Erwartungen bei der Röntgentherapie bösartiger Geschwülste. Er hat auch bei einfachen Cancroiden Mißerfolge und Rezidive gesehen.

Morestin (Paris) sah einen Mann, den er wegen krebsiger Lymphdrüsen am Halse bestrahlte, unter Erscheinungen, die einer Angina Ludovici ähnlich waren, erkranken.

Léon Imbert und G. Dupeyrac (Marseille) berichten über die Erfolge der Röntgenbehandlung von 107 Fällen. Sichere Heilungen wurden nur bei Epitheliomen der Haut erzielt, im übrigen überwogen die Besserungen oder Mißerfolge die Zahl der Heilungen.

Témoin (Bourges) beschränkt die Röntgenbehandlung auf inoperable Fälle.

Coudray (Paris) sah nach der Bestrahlung eines winzigen Brustkrebsrezidivs Metastasen in der Lunge entstehen, ebenso in einem Falle von Osteosarkom des Darmbeines. Weder das Messer noch die Röntgenstrahlen können den Krebs mit Sicherheit heilen; zu ihrer Ergänzung empfiehlt C. seine »Méthode sclérogène« heranzuziehen, die das Wachstum des Krebses jahrelang hindert. Ein damit behandelter Scirrhus mammae ist seit 16 Jahren rezidivfrei, nachdem 8 oder 9 Jahre nach der ersten Behandlung ein kleines Rezidiv aufgetreten war.

Mayer (Brüssel). Die Gefahr der Bestrahlung der offenen Operationswunde und der dadurch bewirkten Verlängerung des Eingriffes steht in keinem Verhältnis zum Nutzen der Methode. Die heilende und vor Rezidiv schützende Wirkung der Röntgenstrahlen auf bösartige Geschwülste steht für M. nach seinen und Hauchamps' Erfahrungen außer jedem Zweifel, wie er an der Hand mehrerer Fälle darlegt; sie kommt auch durch die Haut zur Geltung.

Péraire (Paris), Begouin (Bordeaux) und Lardennois (Reims) sahen Mißerfolge oder sogar Verschlimmerungen bösartiger Neubildungen während der Röntgenbehandlung.

Gegenüber allen Einwürfen hält Béclère an den Erfolgen der Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste fest und verspricht sich von dem Zusammenwirken des Chirurgen mit dem Radiotherapeuten große Fortschritte in der Bekämpfung des Krebses.

2. Referat. Gaudier (Lille). Über Nerven-, Muskel- und Sehnenüberpflanzungen bei der Behandlung der Lähmungen.

Maßgebend für die Wahl des Verfahrens bei der Sehnenüberpflanzung ist das Studium der Bewegungen des gelähmten Gliedes und das Aussehen seiner Muskeln und Sehnen. Die zur Überpflanzung gewählten Sehnen müssen möglichst lange Strecken parallel verlaufen. Die vorherige Überkorrektion der Deformität gibt einen Anhalt für den Grad der notwendigen Verkürzung. Die periostale Überpflanzung, unter Umständen mit künstlichen Sehnen aus Seide, hat große Vorzüge wegen ihrer Festigkeit. Die Zeit, während deren ein feststellender Verband getragen werden muß, läßt sich nur von Fall zu Fall bestimmen. G. hält die Sehnenüberpflanzung bei richtiger Auswahl in mittelschweren Fällen der Arthrodese für überlegen.

Die Nerventransplantation kann bei der abgelaufenen peripheren Facialislähmung die Gesichtssymmetrie für die Ruhe wiederherstellen. Die mimischen Bewegungen sind bei Benutzung des N. accessorius nur unter Mitbewegung der Schulter möglich. Wird der N. hypoglossus zur Pfropfung verwandt, so fallen Assoziationsbewegungen fort, dagegen werden halbseitige Lähmung der Zunge und Störungen der Sprache und des Schluckens eingetauscht, die aber meist vorübergehen. Von 15 bisher veröffentlichten Fällen von Nervenüberpflanzung an gelähmten Gliedmaßen betreffen zwölf die unteren (acht gute Resultate), drei die oberen (zwei gute, ein noch nicht definitives Resultat). Man soll weder den kraftspendenden noch den gelähmten Nerven völlig durchschneiden. Die Nerventransplantation findet vorzugsweise Anwendung bei Lähmungen ganzer, von einem Nerven versorgter Muskelgruppen. G. hält die Indikationsstellung aber noch nicht für geklärt.

Korreferat. Kirmisson (Paris) hält ein abschließendes Urteil über den Nutzen der Sehnentransplantationen noch nicht für angebracht. Fälle mit glänzendem unmittelbaren Resultat zeigen bei späterer Nachuntersuchung oft einen vollkommenen Mißerfolg. Häufig ist der erreichte Erfolg mehr den gleichzeitig ausgeführten plastischen und fixierenden Operationen an den überpflanzten Sehnen oder der Tenotomie der Antagonisten zu danken. Jedenfalls hat man von der Sehnenüberpflanzung mehr erwartet und verlangt, als sie wirklich leisten kann.

In Fällen, wo die Mehrzahl der Muskeln eines Gliedes gelähmt ist, gibt die Arthrodese bessere und sicherere Resultate. Bei spastischen Lähmungen ist das Anwendungsgebiet der Sehnenpfropfung noch beschränkter; allein bei den zerebralen Kinderlähmungen zeitigt sie glückliche Ergebnisse, während sie bei der Little-schen Krankheit nicht angezeigt ist.

Diskussion. Hoffa (Berlin). Nur richtige Vorbehandlung, sorgfältiger Operationsplan, gute Technik und genügende Nachbehandlung gewährleisten den Erfolg bei der Sehnentransplantation. Es gehören hierzu: der Ausgleich der Deformität und der Kontraktur, die Feststellung der gelähmten und der noch funktionierenden Muskeln, sichere Asepsis — H. operiert in Blutleere, näht mit Sublimatseide und drainiert bei großen Wunden mit Gaze —, genügende Spannung des kraftempfangenden Muskels in überkorrigierter Stellung. H. bevorzugt die totale absteigende Pfropfung und empfiehlt die unmittelbare Annähung der Sehnenenden an den Knochen. Das operierte Glied wird auf 6—8 Wochen festgestellt, dann wenigstens 6 Wochen ein Stützapparat getragen, während gleichzeitig Massage, elektrische und Übungsbehandlung die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes anbahnen. Bei der Little'schen Krankheit zieht H. die einfache Sehnenverlängerung mit Richtig- und Feststellung des Gliedes der Sehnentransplantation vor.

Robert Jones (Liverpool) rät auf Grund seiner Erfahrungen an 253 Fällen zur Sehnen- oder Muskelüberpflanzung erst 2½ Jahre nach Eintreten der Lähmung. Vorbedingungen eines guten Erfolges sind: 1) Jeder Überpflanzung muß die Korrektion der Deformität vorausgehen. 2) Zur Erhaltung der Überkorrektion empfiehlt J., einen ovalen Hautlappen an der gelähmten Seite zu entfernen. 3) Die Sehnen müssen nach der Transplantation in gerader Linie verlaufen. 4) Sie werden fest an den Knochen oder die Knochenhaut genäht. 5) Die überkorrigierte Stellung wird so lange eingehalten, bis willkürliche Bewegungen der Sehne festzustellen sind. 6) Während des Ganges darf das Körpergewicht auf die gepfropfte Sehne noch einige Jahre nicht einwirken.

Lange (München) benutzt krumme und runde, sehr starke Nadeln und durch Paraffin gezogene Sublimatseide. — Um das Bein in Abduktion zu halten, löst er den Ansatz des Vastus externus vom Trochanter ab und näht ihn an den Darmbeinkamm mittels 8—10 eingeflochtener, dicker Seidenfäden. Die Mißerfolge der Sehnentransplantation beruhen häufig auf postoperativen Verwachsungen. Das die Sehnen umgebende Binde- und Fettgewebe, sowie ihre Scheiden müssen deshalb möglichst geschont werden; event. ist Fettgewebe zwischen Sehne und Knochen bzw. Fascie einzulagern.

O. Vulpius (Heidelberg) führt die Mißerfolge bei der Sehnenüberpflanzung auf zu frühe Operationen und zu schlechtes Muskelmaterial zurück. Für den Operationsplan ist das Studium der aktiven Bewegungen entscheidender als das Ergebnis der elektrischen Untersuchung. Die periostale Annähung benutzt V. nur beim Quadriceps, sonst hält er sie für überflüssig. Die künstliche Sehne ist nur bei sehr dünner Sehne des gelähmten Muskels unentbehrlich. V. bevorzugt die totale Überpflanzung, hat aber auch mit der partiellen gute Erfolge erzielt, selbst wenn der überpflanzte Teil im Sinne des Antagonisten wirken mußte.

D. Giordano (Venedig) operierte die Spina bifida eines 2½ Monate alten Mädchens mit Erfolg; Blase und Mastdarm wurden jedoch inkontinent. Im Alter von 7½ Jahren wurde die Harnröhrenmündung freigelegt, gedreht und oben und unten je ein Lappen aus dem jederseitigen M. gracilis samt zugehörigem Nerven (Obturatorius) angenäht, der After durch eine Schnürnaht verkleinert. Voller Erfolg. Die außerdem bestehenden Klumpfüße wurden durch Überpflanzung der halben Achillessehne auf die Peroneen geheilt.

Willems (Gand) bevorzugt die tendinöse Fixation beim paralytischen Klump- und Plattfuß, da er mit der Sehnenüberpflanzung in 16 Fällen nur einmal ein einigermaßen vollständiges Resultat erhielt.

Ch. Girard (Genf) hat viermal eine Anastomose zwischen Facialis und Accessorius hergestellt, dreimal End-zu-End, einmal End-zu-Seit. Drei Fälle konnte er nachuntersuchen; sie waren gebessert, aber nicht geheilt. Er empfiehlt, die Ana-

stomosenstelle in ein ähnlich wie Catgut vorbereitetes Goldschlägerhäutchen einzuhüllen, um narbigen Verwachsungen vorzubeugen.

Vidal erhielt bei der Anastomose des Hypoglossus mit dem infolge Geburtstraumas gelähmten Facialis eines 3jährigen Mädchens ein gutes Resultat. Eine operative Recurrenslähmung heilte 7 Monate nach Einpflanzung des Recurrensstumpfes in den Schilddrüsenkörper. Unter sieben Hunden, denen das Rückenmark völlig durchtrennt war, stellten sich bei einem nach Anastomose der Wurzeln Sensibilität und Motilität wieder her.

A. Broca (Paris) verwirft aus theoretischen Erwägungen und wegen der häufigen schlechten Spätresultate die Sehnen- und Nervenpfropfung ganz. Facialislähmungen nach operierter Warzenzelleneiterung sah er bei Kindern stets ohne Eingriff heilen.

Sébileau (Paris), Peugniez (Amiens) und J.-L. Fauré (Paris) widersprechen Broca auf Grund ihrer größtenteils günstigen Erfahrungen. An eine Spontanheilung der traumatischen Facialislähmung glauben sie nicht. P. stellt als Beweis dafür zwei Kranke vor, die ihre Facialslähmung vor 2 Jahren durch Pistolenschüsse erworben haben und nicht die geringste Besserung zeigen. Er hat auch eine Deltoideuslähmung durch Pfropfung des N. axillaris auf den N. radialis geheilt.

A. Depage (Brüssel) berichtet über einen Fall, bei dem er die infolge einer Phlegmone bis auf einen 1—2 cm langen peripheren Stumpf nekrotisch gewordene Sehne des langen Daumenbeugers durch die Hälfte der tiefen Zeigefingerbeugesehne mit gutem Resultat ersetzte.

P. Redard (Paris) faßt seine Erfahrungen mit der Sehnen- und Muskelüberpflanzung bei schlaffen Lähmungen dahin zusammen, daß zum wenigsten die Beweglichkeit gebessert und der Ausgleich der Difformität unterstützt wird. Die periostale Annähung ist besonders dann zu empfehlen, wenn die Sehne des gelähmten Muskels sehr schlaff ist, so daß ihre Dehnung befürchtet werden muß, oder wenn ein neugewählter Insertionspunkt günstiger für die Funktion (z. B. Pro- und Supination des Fußes) ist als die Benutzung einer vorhandenen Sehne.

Delagénière (Le Mans) empfiehlt, beim schweren Klumpfuß die durchschnittene Achillessehne in ein Knopfloch der langen Peroneussehne einzunähen, um Adduktion und Supination besser auszugleichen.

Mencière (Reims) hat mit Erfolg den gelähmten Deltoideus durch den Trapezius ersetzt. Unter allen Fällen, die für die Muskel- und Sehnentransplantation in Betracht kommen, sind nur 10% unheilbar, 70% sind bedeutend zu bessern, 20% geben glänzende Resultate.

Froelich (Nancy) hält die Sehnentransplantation bei paralytischen Klumpfüßen nur dann für Erfolg versprechend, wenn wenigstens drei Muskeln funktionieren.

Péraire (Paris) macht einen wesentlichen Unterschied zwischen leichten und schweren Fällen von Kinderlähmung. Bei den letzteren lassen sich gute Resultate durch Verbindung der Sehnen- und Muskeltransplantationen mit Skelettoperationen erzielen.

Tailhefer (Béziers) hatte in einem Falle von Kinderlähmung des Quadriceps mit der Überpflanzung der Sehnen des Sartorius, Semitendinosus und Gracilis auf das Kniescheibenband und der Annähung der Bicepssehne an die Knochenhaut der Kniescheibe ein gutes funktionelles Resultat. Bei paralytischem Platt- und Klumpfuß verbesserte die Sehnentransplantation im Verein mit Knochen- und Gelenkoperationen wohl die Stellung, nicht aber die Funktion.

3. Referat. Chronische chirurgische Leiden (Tuberkulose und Krebs) in ihren Beziehungen zu gewerblichen Unfällen.

Jeanbrau (Montpellier) bespricht den Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose. Wissenschaftlich einwandsfrei ist er nur dann, wenn eine durch Unfall entstandene Wunde Sitz einer tuberkulösen Erkrankung wird. Lokale Tuberkulose nach Quetschung oder Stauchung bei einem, wenn auch bisher gesunden, Bazillenträger steht schon in loserem Zusammenhange mit dem Unfall. Einmal

handelt es sich meist um auffallend leichte Traumen. Außerdem sind erfahrungsgemäß bei Phthisikern Knochenbrüche oder Verrenkungen, Serum- und medikamentöse Einspritzungen fast nie von örtlicher Tuberkulose gefolgt. Immerhin kann aber eine bis dahin gesunde, von einem geschlossenen Trauma betroffene Körperstelle durch die aus einem nahen oder entfernteren tuberkulösen Herde in die Lymph- bzw. Blutbahn gelangten Tuberkelbazillen infiziert werden, wie die Versuche Petrov's an Kaninchen beweisen, die nach intravenöser Einverleibung in ihren Epiphysenfugen Tuberkelbazillen beherbergten, welche erst nach einem Trauma Krankheitserscheinungen verursachten. Eine Verschlimmerung einer bereits bestehenden Tuberkulose durch Unfall ist dann wahrscheinlich, wenn es zu rasch fortschreitender Einschmelzung kommt. Bei Miliartuberkulose nach einem offenen oder geschlossenen Trauma nimmt J. in der Mehrzahl der Fälle nur ein zufälliges Zusammentreffen an. Frankreich hat seit 1898 ein Unfallgesetz. Ist die Tuberkulose bei Gelegenheit eines Unfalles nur offenbar geworden (z. B. Verstauchung eines tuberkulösen Gelenkes), ohne daß ihr Verlauf sichtlich beeinflußt wurde, so wird eine Entschädigung abgelehnt. Nur für durch Unfall erzeugte oder verschlimmerte Tuberkulose wird eine Rente, entsprechend der ganzen Erwerbseinbuße, gewährt, ohne Rücksicht auf bereits bestehende tuberkulöse Disposition oder Erkrankung. Das Gesetz gibt daher ebensowohl zu nicht gerechtfertigten Ablehnungen, wie zu übertriebenen Rentenfestsetzungen Anlaß.

Segond (Paris) erörtert die Beziehungen zwischen Unfall und Krebs. Unter 600 Fällen der Literatur wurde 356mal ein Zusammenhang angenommen; bei näherer Prüfung erwies er sich niemals als zweifellos. Die Angaben über die frühere Beschaffenheit der krebsig erkrankten Körperstelle, über die Heftigkeit des Traumas, das Datum des Unfalles und der Entstehung der Neubildung und die mikroskopische Untersuchung waren meist ungenau. Auf eine Umfrage bei mehr als 600 Chirurgen erfuhr S. von acht Fällen, wo der Krebs auf alten Narben oder Geschwüren entstanden war und von einem Falle von Unterlippenkrebs nach Verletzung mit einem Dorn. Ohne eine besondere Veranlagung kann kein Krebs nach Trauma entstehen, da Krebskranke, wenn sie nicht schon kachektisch sind, sich gewöhnlich einer normalen Wundheilung erfreuen. Bei der Entschädigung Unfallverletzter wird indes die mehr theoretisch gefolgerte Disposition zu Krebs, dessen eigentliche Ursache ja noch unbekannt ist, keine große Rolle spielen. Auch wenn alle Angaben stimmen und die Kontinuität der Erscheinungen erwiesen ist, darf die Frist zwischen Unfall und Krebsentstehung nicht mehr als 2—3 Jahre betragen. Wird ein Krebs durch direkte oder indirekte Gewalt verschlimmert, oder die krebsige Entartung einer alten Narbe, Schwiele, Fistel, eines Geschwürs, Fibroms oder Naevus durch ein Trauma beschleunigt, so liegt ebenfalls Unfall vor. Auch beim Krebs kann das französische Gesetz nicht immer eine dem wirklichen Schaden entsprechende Rente gewähren.

Diskussion. Thiem (Kottbus) hält folgende Beziehungen zwischen Unfall und Tuberkulose für möglich: Tuberkulöse Infektion einer Wunde, tuberkulöse Infektion des Organismus von einer Wunde aus oder eines gequetschten Körperteils auf dem Blut- oder Lymphweg, Aktivierung einer latenten, Verschlimmerung einer bestehenden Tuberkulose durch einen Unfall. Der Verlauf der traumatischen Tuberkulose ist gewöhnlich langsam. — Ein Anreiz zur Geschwulstbildung durch ein Trauma ist zuzugeben, wenn auch für gewöhnlich die Geschwülste aus noch unbekannten Ursachen ohne Trauma entstehen.

Schwartz (Paris) weist darauf hin, daß beim Sarkom die traumatische Entstehung bzw. Wachstumsanregung häufiger beobachtet worden ist, von ihm selbst unter 22 Fällen dreimal.

Giordano hält den Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose für viel inniger als zwischen Trauma und Krebs.

Tédenat bemerkt, daß oft mit Unrecht die Spontanfraktur im Bereich eines Knochensarkoms einem unbedeutenden Unfalle zur Last gelegt wird.

Malherbe (Nantes) sah Sarkome, Lymphome und Lymphadenome nach Traumen entstehen, Krebse aber — soweit ein vorhergehender Unfall in Betracht kommt — nur auf alten Brandnarben.

Estor (Montpellier) macht darauf aufmerksam, daß traumatisch entstandene oder beeinflußte Tuberkulose sehr bösartig verläuft.

Doyen (Paris) sah nach einem Pferdebiß mit Eröffnung des Ellbogengelenkes und nach einer Hüftgelenksquetschung bei einem 60jährigen Eisenbahnarbeiter Tuberkulose entstehen. Einer 28jährigen Frau entfernte er ein sehr schnell wachsendes Adenom der Mamma, das genau an der Stelle entstanden war, wo ein Tennisball vor 18 Monaten heftig aufgeprallt war. D. konnte aus der Geschwulst seinen Mikrokokkus neoformans in Reinkultur züchten. Das Trauma schafft für die Erreger der Tuberkulose und des Krebses den geeigneten Nährboden, ähnlich wie bei der infektiösen Osteomyelitis.

Remy (Paris) berichtet von fünf Fällen, wo eine Wunde mit Tuberkulose infiziert wurde, und drei Knochenbrüchen, die sich mit Tuberkulose komplizierten.

Thiéry bestreitet einen Zusammenhang zwischen Trauma und Geschwülsten, abgesehen vom Sarkom und vom Krebs auf alten Narben.

Courday (Paris) glaubt, daß es bei strenger Kritik kaum einen Fall gebe, in dem die Tuberkulose oder der Krebs traumatisch entstanden sei. So sah er ein tuberkulöses Kniegelenk, zwei tuberkulöse Femurerkrankungen und ein tuberkulöses verrenktes Ellbogengelenk, deren Träger sicher schon vor dem angegebenen Unfalle krank waren.

J. Vanverts (Lille) sah einen Naevus nach einem Trauma und einen bereits konsolidierten Oberschenkelbruch sarkomatös werden, glaubt aber trotzdem, daß der Zusammenhang wissenschaftlich schwer zu erweisen ist.

Moulonguet (Amiens) meint, daß die ärztliche Begutachtung noch zu sehr von dem allgemeinen Glauben an die Entstehung der Tuberkulose durch Trauma beeinflußt werde.

Vidal (Arras). Zur Kenntnis der Bedingungen, welchen das Wachstum der Krebse unterliegt, ist es zweifellos wichtig, daß sich Krebsfälle nach Traumen auch bessern können, sei es, daß die Geschwulstzellen durch direkte Verletzungen abgetötet werden oder indirekt durch Resorption traumatischer Exsudate (Toxinbehandlung!), oder infolge Temperatursteigerungen, z. B. bei Gehirnkontusionen, zeitweilig in ihrer Proliferation nachlassen.

L. Lapeyre (Tours) erwähnt ein nach Quetschung entstandenes Sarkom der Brustdrüse bei einem 80jährigen Greise. Der ungewöhnliche Sitz und das hohe Alter sprachen zugunsten der traumatischen Entstehung.

Der Kongreß spricht unter dem Eindrucke der Referate und der Diskussion den Wunsch aus, das Gesetz von 1898 möge dahin abgeändert werden, daß die Rechtsprechung auch die Beeinflussung krankhafter Anlagen oder bereits bestehender Erkrankungen durch Unfälle berücksichtigen dürfe und auf diese Weise in jedem Falle gerechte Entschädigungen gewähren könne. **Gutzeit** (Neidenburg).

(Schluß folgt.)

---

19) Zeller. Erfahrungen mit der Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1908. Nr. 13.)

Z. hat die Skopolamin-Morphiumnarkose bei 182 Operationen verwendet, von denen 105 Frauen, 77 Männer betrafen. Die verwendete Dosis schwankte zwischen 7 dcmg und 1 mg Skopolamin und 16 mg bis 2 cg Morphium. Bei allen ernsten Eingriffen mußten außerdem geringe Äthermengen gegeben werden, eventuell genügte es, die Pat. zu Beginn der Operation durch einige Tropfen Äther tief einzuschläfern. Frauen waren im allgemeinen für diese Narkosenart geeigneter als Männer; sie eignet sich auch vorzüglich zur Kombination mit der Lokalanästhesie, besonders bei Kropfoperationen. Als Vorzüge des Verfahrens bezeichnet Verf. in erster Linie den Fortfall jeder psychischen Aufregung vor der Operation und den

Umstand, daß die Pat. gewöhnlich 4—6 Stunden und länger nach der Operation schlafen; auch fällt das Erbrechen fast ganz fort; die Gefahr der postoperativen Pneumonie wird ganz erheblich herabgesetzt. Verf. sah unter seinen 132 Fällen nur eine Pneumonie leichtester Art. Üble Zufälle kamen nicht vor, nur zweimal wurde Cyanose beobachtet. Als Gesamteindruck spricht Verf. aus, daß er nie ruhigere Narkosen sah und niemals selbst so ruhig an eine schwierige Operation heranging, wie seit Einführung der Methode, welche zugleich die humanste Narkose ist, die wir haben. **Mohr** (Bielefeld).

20) **Lindenstein.** 500 Lumbalanästhesien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 601.)

Trotz der prinzipiellen Bedenken, welche neuerdings gegen die Lumbalanästhesie geltend gemacht worden sind, ist ihr das Nürnberger Krankenhaus treu geblieben. Die Technik war die allgemein übliche, nur wurde Beckenhochlagerung streng vermieden. Nach Versuchen mit Stovain (42 Fälle), Tropakokain (48 Fälle) und Andolin (2 Fälle) wird jetzt Novokain (408 Fälle) in 5%iger Lösung und Mengen von 2 ccm (Ampullen von Höchst) bevorzugt. Bei gelungener Technik kommt höchstens ein wirklicher Versager auf 100 Fälle. Die Toleranz der einzelnen Pat. gegen das Anästhetikum ist eine verschiedene. Im Falle des Versagens wird unter Verzicht auf eine zweite Injektion Narkose ohne Skopolamin-Morphium angewandt, ohne daß man beobachtet hätte, daß das eingespritzte Mittel die Narkosenwirkung irgendwie unterstützt. Beängstigende oder gar tödliche Zufälle kamen nie vor, wohl aber die gewöhnlichen Nebenwirkungen. Ist es zu Intoxikationssymptomen gekommen, so kann sich Verf. zu einer Entfernung des überschüssigen Mittels durch wiederholte Punktion nicht entschließen, hat vielmehr bei ruhigem Abwarten die Erscheinungen immer ohne ernsten Nachteil vorübergehen sehen.

Unter den Nachwirkungen machten sich vor allem Erbrechen und Kopfschmerzen unangenehm geltend, auch wurden drei Abducenslähmungen beobachtet, von denen zwei nach 8 Tagen und eine nach 3 Wochen entstanden und nach mehreren Wochen wieder verschwunden waren. Von den Nachwirkungen betrafen mehr als 75% das weibliche Geschlecht, woraus Verf. den Schluß zog, bei Weibern besondere Auswahl eintreten zu lassen und nicht nur bei Hysterie und Neurasthenie, sondern auch bei Anämie die Narkose zu bevorzugen. Bei Bauchoperationen wird Lumbalanästhesie nur angewandt, wenn Gegenindikationen für die Inhalationsnarkose vorliegen. Nierenschädigungen wurden nie beobachtet.

Reich (Tübingen).

21) **P. Clairmont.** Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall von Angioma arteriale racemosum, der fast zwei Drittel der Kopfhaut eingenommen hatte, und ohne präliminare Unterbindung der zuführenden Gefäße durch Abpräparierung des großen Hautlappens von der Unterlage, allmählich stattfindende Unterbindung der jeweils durchschnittenen Gefäße und Exstirpation des Angioms vom Stiel her geheilt worden ist. Der letzte Akt des Eingriffes mußte allerdings wegen langer Dauer der Operation in einer zweiten Sitzung ausgeführt werden. Die Reste des Angioms, die nicht mit entfernt wurden, schwanden oder verkleinerten sich nach der Exstirpation der Hauptgeschwulst. Ein plötzlicher Ohnmachtsanfall, der einige Zeit nach dem Eingriff mit Krämpfen auftrat, spricht dafür, daß auch im Schädelinnern eine angiomatöse Veränderung besteht. Der Erfolg des Eingriffes war im übrigen ausgezeichnet, sowohl hinsichtlich des kosmetischen Effektes als der Beseitigung der intensiven Beschwerden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

22) **Ross.** Punctured fracture of the skull.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Ein 21jähriger Mann erlitt einen Stoß mit der Spitze eines Regenschirmes in das rechte Nasenloch; dieser Stoß verletzte die innere Nasenscheidewand, drang

durch das Antrum Highmori in die Augenhöhle und rief endlich eine Fissur im Augenhöhlendach hervor. Infolgedessen entwickelte sich ein Abszeß im rechten Parietallappen, der operiert wurde, ohne daß es gelang, das Leben zu erhalten.

Herhold (Brandenburg).

23) E. Bircher. Schädelverletzungen durch mittelalterliche Nahkampfwaffen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

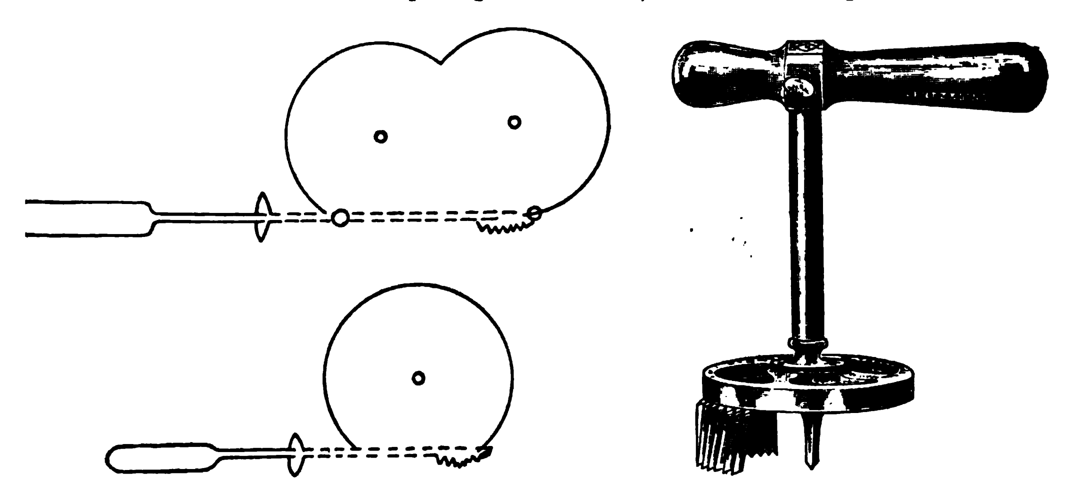
Verf. konnte eine Reihe von Schädeln untersuchen, welche von gefallenen Rittern aus den Schlachten bei Sembach, Dornach und St. Jakob an der Birs stammen. Die Waffen, welche damals im Mittelalter gebraucht wurden, waren vor allem die Hellebarde, der Hammer, Morgensterne, Streitkolben, Kriegsflegel, Schwerter usw. An vielen Schädeln ist man noch heute imstande, zu entscheiden, mit welcher Waffe die Verletzung beigebracht wurde. Die Verwundungen sind im allgemeinen viel schwerwiegender als die mit den modernen Nahkampfwaffen bewirkten. Die beigefügten Beschreibungen der einzelnen Verletzungen sind ebenso interessant für den Kriegschirurgen wie die guten Photographien der schwer beschädigten Schädel.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

24) J. Roberts. An easy method of making osteoplastic flaps in cranial surgery.

(Arch. intern. de chirurgie 1907. Vol. III. Fasc. 6.)

R. bedient sich eines Segmenttrepans, um den Knochenlappen zu umschneiden, und durchfeilt mit einem raspelartigen Instrument, das zwischen Kopfschwarte



und Schädeldach vorgeschoben wird, die Knochenbrüche der Basis. Die Methode ist der Anwendung von Hammer und Meißel vorzuziehen, da sie keine Erschütterungen verursacht. Vor der elektrischen Säge hat sie den Vorteil, daß sie überall angewandt werden kann und wenig kostspielig ist.

Revenstorf (Hamburg).

25) Gurd and Nelles. Intracranial abscess due to the typhoid-bacillus.

(Annals of surgery 1908. Januar.)

Ein Mann wurde unter Fiebererscheinungen ins Hospital aufgenommen. Anamnestisch wurde festgestellt, daß er 4 Wochen vorher einen Hieb mit einem Stock gegen die rechte Kopfhälfte bekommen hatte. Es bestanden jetzt Nacken-

steifigkeit, aufgehobene Kniereflexe, Kopfschmerz und eine teigige Anschwellung über dem rechten Scheitelbein, in deren Mitte der Schädel eine Knochendepression zeigte. Eine Blutuntersuchung zeigte deutliche Widal'sche Reaktion. Bei Trepanation in der Gegend der Kopfschwellung fand man einen zwischen Knochen und Dura liegenden Abszeß, aus dem mit Sicherheit der Typhusbazillus gezüchtet wurde. Nach und nach trat Heilung ein.

Verff. glauben, daß durch den Stockhieb ein Hämatom entstanden sei, in das bei der bald darauf folgenden Erkrankung an Typhus der Typhusbazillus vom Blut aus eingedrungen sei. **Herhold** (Brandenburg).

26) **West.** Notes on the infection in acute otitis media and consecutive acute suppurative mastoiditis.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XLIII. 1908.)

W. hat 13 Fälle von akuter eitriger Mastoiditis nach Mittelohrentzündung bakteriologisch untersucht; alle ergaben Reinkulturen, 4 Pneumokokken, 9 Streptokokken. Die Pneumokokkeninfektion hatte sich stets an eine Mittelohreiterung von längerer Dauer angeschlossen; die Ansicht, daß die Pneumokokken bei Ohreiterungen rasch zugrunde gehen und durch Streptokokken ersetzt werden, ist demnach nicht richtig. Lungenerkrankungen gingen in keinem der 4 Fälle voraus, die sämtlich Erwachsene betrafen. Der Verlauf war subakut, die Einschmelzung der Zellen des Warzenfortsatzes sehr ausgedehnt, im Gegensatz hierzu die Temperatur normal oder nur wenig erhöht; es war mehr zur Bildung eines blassen Granulationsgewebes als eigentlichen Eiters gekommen.

W. fand unter etwa 100 aus der Literatur gesammelten Fällen von primärer akuter Mittelohreiterung 48 durch Pneumokokken, die übrigen etwa gleich häufig durch Staphylokokken und Streptokokken verursacht, dagegen bei 115 Fällen von akuter eitriger Mastoiditis 74 mal Streptokokken, nur 34 mal Pneumokokken, bei den übrigen Staphylokokken. Die akuten Warzenfortsatzeiterungen bei Kindern sind meist Streptokokkeninfektionen, die bei Erwachsenen meist durch Pneumokokken verursacht. **Mohr** (Bielefeld).

27) **P. Clairmont.** Osteoplastik wegen Defekt nach Operation eines Stirnhöhlenempyems. (Aus der v. Eiselsberg'schen Klinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1908. Nr. 2.)

Einen tiefen, sehr verunstaltenden Defekt, welcher nach mehrfacher Empyemoperation zurückgeblieben war, deckte Verf. in folgender Weise: Links wurde darüber ein Periostknochenlappen nach v. Hacker-Durante mit dem Stiele nach außen gebildet, rechts eine darüber abgemeißelte Knochenspange frei übertragen, über beide der nach oben abgelöste Hautlappen heruntergeschlagen und vernäht. Bilder der Pat. vor und nach der Operation veranschaulichen den guten Erfolg. **Renner** (Breslau).

28) **D. Pupovacs.** Aneurysma verum arteriae temporalis superficialis dextrae.

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 48.)

Ein ohne Trauma entstandener Fall dieser seltenen Erkrankung konnte leicht durch Unterbindung der Temporalis zentral und peripher und nachfolgende Ausschälung der Geschwulst geheilt werden. Abbildung des Präparates und eines mikroskopischen Schnittes. **Renner** (Breslau).

29) **D. J. Cranwell.** Angiome caverneuse de la face.

(Revue de chir. XXVII. ann. Nr. 4.)

Die Beobachtung ist besonders durch die Schwierigkeiten, welche die exakte Diagnose darbot, interessant, sowie durch die Umgestaltung des Gesichtsskeletts, die das starke Wachstum der Geschwulst erzeugte. In der Tat ließ die große von der Regio canina ausgehende angeborene, von fast normal gefärbter Haut bedeckte,

nicht fluktuierende, nicht kompressible Geschwulst mit knorpelharten Einlagerungen (Angiolithen) kein Angiom erwarten. Da sich die Neubildung umschrieben entwickelt hatte, gelang ihre Entfernung relativ leicht, wenn auch nicht ohne starken Blutverlust. **Christel** (Metz).

30) **Gottschalk.** Karzinom der linken Schläfen-, Stirn- und Ohrgegend.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Das Karzinom war wegen seiner Ausdehnung nicht mehr operabel. Durch Röntgenbehandlung wurde eine Heilung erzielt. **Borchard** (Posen).

31) **Broeckaert** (Gand). Contribution au traitement chirurgical de l'hypertrophie du nez.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. Nr. 1 u. 2.)

Bei einer infolge Akne enorm verdickten und verlängerten Nase (10 cm lang) exzidierte B. zwei ovale Lappen, den einen längs, den anderen quer. Von den Rändern aus entfernte er zur Verdünnung der Haut ihrer Oberfläche parallele Scheiben unter sorgfältiger Schonung der Epidermis und der Knorpel. Totale Naht. Das Resultat ist, wie die beigegebenen Photographien zeigen, recht gut. B. zieht sein Verfahren der totalen Enthäutung vor.

Vorderbrügge (Danzig).

32) **K. Gütig.** Zur operativen Behandlung des Rhinophyma. (Aus dem Rudolfinerhaus in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 51.)

In Krankengeschichte und Photographien eines Falles schildert G. die jetzt von Gersuny geübte Methode: Umschneidung und Exstirpation der Knollen bis auf die Knorpelhaut mit Belassung eines schmalen Hautsaumes, speziell an den Rändern der Nasenflügel und an der Nasenspitze, dann Deckung des Defektes mit Epidermislappen, die den exstirpierten Knollen entnommen werden. Die Bilder beweisen den guten Erfolg. **Renner** (Breslau).

33) **O. Kiliani.** Schlosser's alcohol injections for facial neuralgia. Sixteen month's experience with fiftyfive cases; three failures.

(New York med. record 1908. Januar 18.)

K. berichtet über 55 Fälle von Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Alkoholinjektionen.

Die Resultate sind zwar, wie bei allen Verfahren, nicht immer dauernde, aber es wurde doch bei allen Pat. bis auf drei Erfolg erzielt.

In einem Falle wurde ein Rückfall konstatiert, bei 47 vorläufig sichere Heilung.

Zuerst wurden stets periphere Injektionen gemacht ohne Narkose oder Lokalanästhesie. Sorgfältige langsame Instillation verhinderte üble Nebenwirkungen wie Schädigungen der Augenmuskeln.

Später wurde in die Foramina und auch in das Ganglion injiziert. Beinahe jede Injektion in den zweiten Ast durch das Foramen infraorbitale rief leichte Parese des Facialis hervor infolge der Verbindung desselben mit dem Ganglion sphenopalatinum; doch ging diese Affektion in der Zeit von 3 Tagen bis auf 2 Wochen zurück.

Verbraucht wurden ungefähr 2 ccm Alkohol.

Verf. hat die Schlösser'sche Methode bei dieser großen Anzahl Kranker seit September 1906 begonnen. **Loewenhardt** (Breslau).

34) **H. Böhmig.** Beitrag zu den Geschwülsten der Oberkieferhöhle (Cystadenom mit epulidem Grundgewebe).

(Virchow's Archiv Bd. CXC. p. 421.)

Bei einer 70jährigen Frau wurde eine in wenigen Wochen zu Walnußgröße herangewachsene Geschwulst eines Alveolarfortsatzes, die die Vorderwand der

Kieferhöhle völlig zersetzt hatte, exstirpiert. Rasches Auftreten von Rezidiven nach 3 und nach nochmaliger Operation nach 5 Wochen. Sitz der Rezidive jedesmal der harte Gaumen.

Mikroskopisch zeigten sämtliche Geschwulstmassen in ihren bindegewebigen Bestandteilen die charakteristischen Merkmale einer Epulis. Der epitheliale Anteil der Geschwulst wuchs in Hohlschläuchen von stets einschichtigem Zylinderepithel und bildete in seinem weiteren Wachstum Cysten, die mit Schleim angefüllt waren.

Unter Ablehnung etwaiger metaplastischer Vorgänge des Epithels wird als Ursprungsort für den epithelialen Anteil der Geschwulst die Kieferhöhle mit Sicherheit nachgewiesen. Karzinomatöse Partien fanden sich nirgends. Als besonders interessant wird vom Verf. betont, daß in der fibroepithelialen Geschwulst die eigentliche Triebkraft für das Rezidivieren im bindegewebigen Faktor der Geschwulst lag, und daß der epitheliale Anteil lediglich mitgewachsen sein muß, ein Beweis für den innigen Zusammenhang von Bindegewebe und Epithel in derartigen Geschwülsten. Ein Analogon für seine Mitteilung konnte B. in der Literatur nicht vorfinden. **Doering** (Göttingen).

35) **Unterberger.** Zur Kenntnis der angeborenen Fisteln der Unterlippe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Zwei in der Königsberger Klinik beobachtete Fälle von Unterlippenfisteln werden mitgeteilt:

1) 4jähriger Knabe; beiderseits, 2 mm von der Mittellinie entfernt, eine kleine Delle, innen und medial von einem halbmondförmigen Wall begrenzt. Keine Sekretion der Fisteln. Exzision. Gleichzeitig doppelseitige Hasenscharte und Gaumenspalte.

2) 1jähriger Knabe. Doppelseitige Hasenscharte und zwei Fisteln der Unterlippe, dicht an der Mittellinie. Keine Sekretion. Exzision der Fisteln.

Der mikroskopische Befund wird mitgeteilt; es fehlten Schleimdrüsen in den Fisteln. Verf. schließt sich der Theorie Stieda's an, daß es sich um eine Röhrenbildung handele, entstanden durch exzessives Wachstum, durch Verschluß zweier im Embryonalleben auftretender Furchen der Unterlippe. Doch glaubt er nicht, daß in allen Fällen aus den Furchen durch Verklebung Röhren entstehen; denn es könnten dann die Fisteln nicht so nahe der Mittellinie liegen, wie in den beiden beschriebenen Fällen. **Langemak** (Erfurt).

36) **Gyselynck.** Prolongement kystique suppuré de la glande parotide.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. Nr. 1 u. 2.)

Der Fall betrifft eine 31jährige Frau, bei der sich $2^1/_2$ Jahre vorher eine nußgroße Anschwellung in der rechten Unterzungenbeingegend spontan gebildet hatte. Im Anschluß an eine Tonsillarangina plötzliche Zunahme bis Hühnereigröße; Punktion ergab tuberkuloseverdächtigen Eiter. Bei der Operation fand sich nach Lösung der innigen Verwachsungen ein Fortsatz bis in die Parotis. Abtragen desselben dicht oberhalb des Kieferwinkels, Drainage, Naht. Heilung mit Speichelfistel. **Vorderbrügge** (Danzig).

37) **Delsaux.** Malade laryngostomisé pour rétrécissement cicatriciel sousglottique, canulard depuis plus de deux ans, actuellement en voie de guérison.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. Nr. 2 u. 3.)

Bei dem 20jährigen Pat. war die Stenose nach der Naht der durchschnittenen Luftröhre aufgetreten; sie saß unterhalb des Ringknorpels mit 3 mm Durchmesser. Monatelange Bougierungen, auch von einer medianen Laryngotomiewunde aus, brachten nicht den gewünschten Erfolg. Jetzt wurde die Killian'sche Laryngotracheotomie gemacht, die Stenose breit gespalten und nun konsequent dilatiert.

Nach 3 Monaten ist von Narben nichts mehr zu sehen; in den nächsten Tagen soll die 13 mm starke Kanüle definitiv entfernt und die Öffnung durch Naht verschlossen werden. **Vorderbrügge** (Danzig).

38) **S. Piquand.** Branchioma conjonctif du cou.

(Bull. et mém. de la soc. d'anatom. de Paris 1907. Nr. 7.)

Ein 19jähriger tuberkulöser Mann trägt an der rechten Halsseite eine unter dem inneren Sternalrande gelegene nußgroße bewegliche Geschwulst in der Höhe zwischen Zungenbein und oberem Schildknorpelrande. Sie wird für ein Lymphom gehalten und entfernt. Sie lag in einer Bindegewebskapsel, aus der sie leicht stumpf auszulösen war, bis auf einen Strang, der mit der Scheide der großen Gefäße in Verbindung stand.

Histologisch war es eine jener in den Speicheldrüsen sehr häufig, an dieser Stelle aber sehr selten vorkommenden bindegewebigen Mischgeschwülste aus Sarkom-, Myxom-, Fibrom- und Chondromgewebe zusammengesetzt.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

39) **Chevassu.** Kyste présternal à structure pharyngo-salivaire.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 8.)

Bei einem 26jährigen Mann fand sich über dem Brustbein eine taubeneigroße Cyste, die solange bestanden hatte, als sich der Kranke erinnern konnte. Bei der Exstirpation findet C. einen Fortsatz, den die Cyste über das Jugulum hinübersendet, und der sich retrosternal bald in einen bindegewebigen, stark gefäßhaltigen Strang verwandelt.

Die Cyste ist mit Flimmerepithel ausgekleidet, das von adenoiden Haufen durchsetzt ist. Die Submucosa führt typische Speicheldrüsen, deren Ausführungsgänge in die Cyste münden. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

40) **H. Moses.** Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowi.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 524.)

Als Anhänger der Anschauung von der Sekretionsanomalie der Schilddrüse als Ursache des Morbus Basedowi geht Herrè bei dem Leiden operativ vor, wenn eine interne Behandlung erfolglos war, während weit fortgeschrittene Fälle mit Herzveränderungen von der Operation ausgeschlossen werden. Wichtig ist, daß, zumal bei progredienten Fällen, der richtige Zeitpunkt für die Operation nicht verpaßt wird. Die Arbeit stützt sich auf 32 Fälle, wovon 8 bereits von Ehrich bearbeitet und 4 nicht operiert worden sind. Häufig fanden sich in der Anamnese Erkrankungen, die eine Prädisposition für das Leiden abgeben sollen: familiärer Kropf, Tuberkulose, Nervosität und Bleichsucht. Als auslösendes Moment wurden oft psychische Traumen, Operationen an den weiblichen Genitalien und andere Eingriffe angeschuldigt. Die Unterscheidung in primären und sekundären Morbus Basedowi hält Verf. nicht für durchführbar; unter seinem Materiale ließ sich nur 1 sicher sekundärer Fall nachweisen. 2 Fälle hatten eine ziemlich akute Entstehung innerhalb 7 und 8 Wochen.

Von den Symptomen des Morbus Basedowi wurden der Kropf regelmäßig, Pulsation des Kropfes 9mal, Dyspnoe 16mal, Exophthalmus regelmäßig mit einer Ausnahme, das Gräfe'sche Symptom in 13, das Stellwag'sche in 8, das Möbius'sche in 8 Fällen, Tachykardie fast regelmäßig, Tremor 23mal, andere nervöse Störungen in vielen Fällen verzeichnet.

An den 28 operierten Pat. wurden insgesamt 34 Operationen ausgeführt: Resektion oder Enukleation 25mal, Arterienligatur 7mal, Sympathektomie 2mal. Als Indikation zur Resektion galt ein voll ausgebildetes Krankheitsbild mit längerem Bestand; höhere durch Intoxikation zu erklärende Temperaturen wurden dabei nicht beobachtet. Während der klinischen Beobachtung wurde hiernach mit nur drei Ausnahmen eine Besserung der Tachykardie und mit nur einer Ausnahme des subjektiven Befindens niemals eine Verschlechterung beobachtet. Dauernd geheilt,

d. h. frei von allen subjektiven Störungen unter nahezu völligem Verschwinden auch der objektiven Veränderungen, wurden von 21 nachuntersuchten Pat. 3, alle übrigen waren wesentlich gebessert.

Die Arterienunterbindung wurde in 7 Fällen ausgeführt bei weichem Gefäßkropf, bei kurzem Bestand des Leidens, bei leichten Erscheinungen und zur Verbesserung des Resektionserfolges. Soweit Nachuntersuchungen vorliegen, wurden damit 2 Pat. erheblich, 5 in mäßigem Grade gebessert, bei 1 wurde noch später wegen Verschlechterung die Sympathektomie ohne Erfolg vorgenommen.

Im ganzen ergaben sich also bei 28 Operationen 4 Heilungen, 10 erhebliche und 6 geringe Besserungen, 3 Mißerfolge und 1 operativer Todesfall.

Bemerkt mag noch werden, daß stets in Narkose operiert wurde.

Die pathologisch-anatomisch untersuchten Fälle ergaben keine absolut typischen Veränderungen. Trotz der regelmäßig zu beobachtenden starken Erweiterung und Zerreißlichkeit der Gefäße ließen sich histologisch an diesen keine Veränderungen nachweisen. **Reich** (Tübingen).

41) **Mayer et Danis.** Note sur un nouvel appareil destiné à éviter les accidents du pneumothorax dans les interventions intrathoraciques.

(Ann. de la soc. belge de chir. 1908. Nr. 1 u. 2.)

Der auf dem Brauer'schen Überdruckprinzip aufgebaute Apparat unterscheidet sich von dem Brauer'schen dadurch, daß der Überdruck in den Lungen nicht durch die Inspiration unter erhöhtem Druck, sondern durch Einschalten von Widerständen, die der exspirierte Luftstrom zu überwinden hat, erzielt wird; außerdem bietet er den Vorteil, daß der Kopf des Pat. dem Narkotiseur frei zugängig bleibt. Zwischen zwei entsprechend geformten Metallplatten, von denen die eine zwischen Zahnreihe und Lippen intrabukkal, die andere außen auf die Lippen zu liegen kommt, werden die Lippen luftdicht zusammengepreßt. Durch die Mitte der beiden durch Schrauben miteinander verbundenen Platten verläuft ein Rohr, das nach innen offen ist und außen durch drei kurze, winklig gebogene Abzweigungen mit drei Gummischläuchen in Verbindung steht. Durch den einen Schlauch wird ein genau dosierbares Chloroform-Sauerstoffgasgemisch zugeführt, der zweite geht ganz kurz in einen Gummiballon über, der bei event. Erbrechen das Erbrochene in sich aufnehmen soll. Der dritte Schlauch nimmt die Exspirationsluft auf und leitet sie in einen Kasten von 80×40×45 cm Umfang, der dazu dient, die einzelnen Exspirationsstöße aufzuheben. Durch ein Rohr verläßt die Luft den Kasten und gelangt unter eine zylindrische Metallglocke, die in ein mit Wasser gefülltes, graduiertes Gefäß eintaucht und zwischen Führungsringen nach oben und unten verschiebbar ist. Um von hier aus nach außen entweichen zu können, muß die Luft einen der Wasserhöhe entsprechenden, genau dosierbaren Druck überwinden, wodurch sich ein Überdruck in den Lungen leicht herstellen läßt. Ein Manometer vervollständigt den Apparat.

Soll derselbe — nach eingeleiteter Narkose — in Tätigkeit treten, so muß natürlich die Nase durch eine Klammer luftdicht abgeschlossen werden. Praktisch angewandt wurde das Verfahren von Depage mit bestem Erfolge bei einer Lungennaht.

In der Einfachheit des leicht zu transportierenden Apparates, sowie darin, daß der Kopf des Narkotisierten frei zugängig bleibt, sehen die Verff. bemerkenswerte Vorzüge gegenüber den bisherigen dem gleichen Zweck dienenden Konstruktionen. **Vorderbrügge** (Danzig).

Berichtigung. Die Skizze zum Referat 12 auf p. 497 ist durch Versehen des Setzers auf den Kopf gestellt. Sie wird klar, wenn man das Heft dreht.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 23. Sonnabend, den 6. Juni 1908.

Inhalt.

I.

Die künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Stabsarzt Dr. **Momburg** in Spandau.

Die Frage der Blutersparnis bei eingreifenden Operationen im oberen Teile des Oberschenkels und am Becken hat die Chirurgen seit langem beschäftigt. Es sind eine ganze Reihe Methoden angegeben worden, derartige eingreifende Operationen möglichst unblutig zu gestalten; teils erreichten sie diesen Zweck nicht vollkommen, teils bedingten sie selbst einen größeren operativen Eingriff. Ich habe mich seit längerer Zeit mit dieser Frage beschäftigt und bin zu dem Resultate gekommen, daß wir eine absolut sichere Blutleere der ganzen unteren Körperhälfte erreichen, wenn wir in der Taille, zwischen

Beckenschaufel und unterem Rippenrand, einen abschnürenden Gummischlauch anlegen. So ungeheuerlich der Gedanke, den halben Menschen aus dem Blutkreislauf auszuschalten erscheint, so einfach, zweckentsprechend und bei der nötigen Vorsicht ungefährlich ist diese Methode, welche sich bereits in der Praxis bewährt hat.

Die Anlegung des Gummischlauches geschieht folgendermaßen: Ein gut fingerdicker Gummischlauch wird dem liegenden Pat. unter voller Ausnutzung der Elastizität langsam in mehrfachen Touren (ca. 2—4 genügen) zwischen Beckenschaufel und unterem Rippenrand umgelegt, bis die Pulsation der Art. femoralis nicht mehr fühlbar ist.

Die Bedenken, welche sich dieser Methode entgegenstellen, sind zahlreich, aber, wie auch die Praxis gezeigt hat, nicht stichhaltig. Vor allem sind Schädigungen des Darmes so gut wie ausgeschlossen. Wir wissen, daß der Darm starke Schnürungen verträgt, was ja die oft lange dauernden Abklemmungen des Darmes durch Zangen bei Resektionen usw. beweisen. Günstiger liegen die Verhältnisse bei der Anlegung des Gummischlauches, da der Druck hier nicht den Darm direkt an einer zirkumskripten Stelle trifft, sondern die dicken Bauchdecken den Druck mildern und verbreitern. Letzteres trifft auch für die Ureteren zu. Andere Bauchorgane werden durch den Druck nicht getroffen. Daß der durch die Abschnürung der Ureteren bedingten Urinstauung keine Bedeutung zuzuschreiben ist, ist ebenfalls bekannt. Eine wesentliche Störung der Herztätigkeit tritt im Augenblicke der Abschnürung nicht ein. Eine Blutleere des Rückenmarkes ist ausgeschlossen, da die Schnürung unterhalb des unteren Endes des Rückenmarkes erfolgt.

Anders verhält sich dieses bei Tieren. Ich habe mehrere Tierversuche angestellt, auf die ich in dieser kurzen Mitteilung nicht ausführlich eingehen will. Die Verhältnisse sind insofern anders, als 1) das Rückenmark bis weit unter die Schnürung reicht und infolgedessen eine Blutleere des Rückenmarkes eintritt; 2) haben wir keinen Maßstab für die Stärke des notwendigen Druckes, um eine vollkommene Abschnürung zu erreichen. Beim Tiere genügt eine mäßige Anspannung des Schlauches zur Erzielung der Blutleere, welche sich in sehr bald auftretender Lähmung der hinteren Partie kenntlich macht; 3) sind die Bauchdecken beim Tier außerordentlich dünn, so daß der Druck des Schlauches den Darm mehr direkt trifft. Ich habe deshalb eine Gummibinde an Stelle des Schlauches benutzt oder den Schlauch über einen um das Tier gelegten Filzstreifen angelegt. Bei Berücksichtigung dieser Punkte habe ich den Schlauch bis $1^1/_2$ Stunden ohne Schädigung liegen lassen.

Bei der Lösung des Gummischlauches, welche nach Hochlagerung der Beine erfolgt, tritt infolge der plötzlichen Wiedereinschaltung der ganzen unteren Körperhälfte in den Kreislauf eine Alteration der Herztätigkeit von kurzer Dauer auf. Leicht läßt sich eine von dieser Seite drohende Gefahr dadurch vermeiden, daß man an beiden Ober- und Unterschenkeln je eine abschnürende Gummibinde anlegt, wäh-

rend der Schlauch in der Taille noch liegt, und durch sukzessives Lösen der einzelnen Abschnürungen die untere Körperhälfte langsam wieder in den Kreislauf einschaltet. Eine Störung der Atmung tritt nicht ein.

Abgesehen von zwei Fällen, wo ich den abschnürenden Schlauch am gesunden Menschen in der Taille ohne Narkose auf die Dauer von je 5 Minuten ohne jede Schädigung angelegt habe, ist die Methode zweimal praktisch bei größeren Operationen mit vollem Erfolge, ohne eine Schädigung der Baucheingeweide oder sonst eine Schädigung der Pat. erprobt worden. In einem Falle lag der Schlauch 43 Minuten, im anderen 18 Minuten lang. Besonders in letzterem Falle, bei welchem Herr Geh.-Rat Prof. Dr. Bier in der Berliner chirurgischen Klinik unter lumbaler Anästhesie wegen eines Sarkoms der Hüftpfanne das ganze Bein mit fast der ganzen zugehörigen Beckenhälfte fortnahm, bewährte sich die Methode glänzend.

Ich will in dieser Mitteilung nicht auf Einzelheiten eingehen, behalte mir dieselben vielmehr für eine spätere ausführliche Arbeit vor, wenn die Erfahrungen weiterer Fälle vorliegen.

Ich habe die feste Überzeugung, daß diese Methode in der Chirurgie und in der Gynäkologie eine große Bedeutung haben wird.

II.

Zur Technik der Ösophagoskopie.

Von

Th. Kölliker in Leipzig.

Von den vier Engen der Speiseröhre, der Ringknorpelenge, Aortenenge, Bronchialenge und Diaphragmaenge, bereitet in der Regel nur die erste, die Ringknorpelenge, der Einführung ösophagoskopischer Tuben erheblichere Schwierigkeiten.

Die Ringknorpelenge wird erklärt durch die Fixation der Speiseröhre an den Ringknorpel und die Wirbelsäule, durch die Ringknorpelplatte und durch die Abplattung der Speiseröhre an dieser Stelle. Nach Jonnescu beträgt an der Ringknorpelenge der sagittale Durchmesser der Speiseröhre 19 mm, der frontale 24 mm. Diese Verhältnisse mit Ausnahme eines stark verknöcherten Ringknorpels sind es aber nicht, die der Einführung von Tuben Schwierigkeiten machen, sondern die Anordnung der Muskulatur. Deutlich wird das bewiesen durch den Umstand, daß, falls ein Bougie oder ein Mandrin die Ringknorpelenge passiert, ein Tubus aber nicht, dann lediglich fehlerhafte Technik die Schuld am Mißerfolg trägt, so Verengerung der Speiseröhre durch die Wirbelsäule bei zu starkem Überbiegen des Kopfes, so Andrängen des Tubus an die Seitenwand der Speiseröhre bei schiefer Stellung des Tubus. Korrigiert man diese Fehler, dann stößt die Einführung des Rohres auf keine Schwierigkeiten. Gelangt man aber schon mit

dem Bougie oder dem Mandrin nicht durch die Ringknorpelenge, dann ist die Muskulatur die Ursache, und es handelt sich um einen Muskelkrampf, einen Krampf des Constrictor pharyngis inferior.

Der Constrictor pharyngis inferior wird durch zwei Muskelbündel gebildet, dem an der Außenfläche der Cartilago thyreoidea sich ansetzenden Thyreopharyngeus und dem am Seitenrande der Cartilago cricoidea inserierenden Cricopharyngeus. An letzterem Muskel fällt nun auf, daß seine Fasern von hinten oben und hinten unten her nach dem Ringknorpel konvergieren. Eine Kontraktion oder ein Spasmus dieses Muskels kann nun niemals, wie von mancher Seite angenommen wird, den Ringknorpel nach der Wirbelsäule hin ziehen, sondern die Zusammenziehung dieses Muskels verursacht einen sphinkterartigen Verschluß der Speiseröhre, und zwar entsprechend dem Verlaufe der konvergierenden Muskelfasern in der Höhe des unteren Randes der Ringknorpelplatte.

Die physiologische Enge am Ringknorpel kann demnach auf zweierlei Weise die Einführung des Ösophagoskops erschweren, einmal durch fehlerhafte Einführungstechnik und zweitens durch Krampf des Constrictor pharyngis inferior. Letzterer ist besonders dann zu erwarten, wenn es sich um hochsitzende Läsionen, um hochsitzende Tumoren oder Fremdkörper der Speiseröhre handelt.

Ein Spasmus des Constrictor pharyngis inferior darf nun nicht gewaltsam überwunden werden, sondern durch ein schonendes Vorgehen. Zunächst versucht man durch rotierende Bewegungen unter sanftem Druck das Hindernis zu überwinden. Gelingt das nicht, dann wartet man am zweckmäßigsten eine Weile ruhig zu und gelangt dann oft mühelos durch die Enge. Vielfach überwindet man auch den Krampf, indem man den Kranken anweist, leer zu schlucken. Dabei gleitet der Kehlkopf nach oben und etwas nach vorn und stülpt dadurch die Speiseröhre gewissermaßen über den Tubus. Zunge und Zungenbeinmuskeln öffnen die Pharynxenge. Schließlich wäre auch eine lokale Pinselung mit Kokain- oder Eukainlösung zu versuchen. —

---

1) **H. Kolaczek.** Über das primäre Muskelangiom.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 448.)

Zu den bisher erst in 46 Fällen publizierten primären Muskelangiomen liefert Verf. aus der v. Bruns'schen Klinik einen Beitrag von fünf klinisch und histologisch genau untersuchten Fällen. Sitz der Geschwulst war je 1mal der Biceps brachii, der Biceps femoris, der Rhomboideus, der Masseter und bei einer diffusen Form der Biceps femoris, Vastus ext., Gastrocnemius, Soleus und Extensor digitorum brevis. Letzterer Fall, der zugleich mit einem Hautangiom kompliziert war, bildete durch Riesenwuchs der ganzen befallenen Extremität ein Unikum. Unter Ergänzung und Fortführung der Suter'schen Statistik bringt es Verf. zu einem Gesamtmaterial von 95 Fällen, die zu einer eingehenden klinischen Besprechung verwendet werden.

Das weibliche Geschlecht wird von der Geschwulst bevorzugt in einem Verhältnis von 3:2. Gewöhnlich tritt das Muskelangiom in jugendlichem Alter auf und beruht als Mißbildung auf angeborener Grundlage. Traumen, die in acht Fällen ätiologisch angeschuldigt wurden, kann man höchstens als Wachstumsreize bei latenter Anlage gelten lassen. Befallen waren 27mal die oberen, 42mal die unteren Gliedmaßen, 17mal der Stumpf und 6mal der Kopf, im einzelnen fast sämtliche Muskeln, selbst die des Auges und der Zunge.

Wichtiger als die sehr wechselnde Größe der Geschwülste ist deren Unterscheidung in umschriebene und diffuse. Ihr Auftreten war meist solitär, nur 4mal multipel. Die an sich gutartigen Muskelangiome können durch infiltrierendes Wachstum einen lokal bösartigen Charakter erhalten. Aus naheliegenden Gründen kommt das Leiden durchweg erst spät in chirurgische Beobachtung. Im Mittelpunkte der subjektiven Beschwerden steht der qualitativ verschiedene Schmerz, der unter 52 verwertbaren Fällen 41mal als vorhanden, 11mal als fehlend verzeichnet wurde. Dieser ist bei Extremitätenangiomen nahezu konstant, bei anderen Lokalisationen seltener, vermutlich weil die Geschwulst an den Gliedmaßen früher zu den Nerven in Beziehung tritt. Das Allgemeinbefinden war nur selten, dann infolge der Schmerzen geschädigt.

Die bedeckende Haut ist in der Mehrzahl der Fälle gesund, in selteneren von Gefäßerweiterungen und subkutanen Angiomen eingenommen, welch letztere dann die Diagnose erleichtern. Die palpatorische Abgrenzung der Geschwulst, ihre Konsistenz- und Oberflächenbeurteilung hängt sehr von ihrem Sitz ab. Fluktuation und Kompressibilität sind diagnostisch wertvolle, aber keineswegs regelmäßige Merkmale. Bei Extremitätenangiomen sind Volumschwankungen bei Lagewechsel, Muskelkontraktion und Gefäßkompression recht häufig und lassen sich auch durch Anlegung elastischer Binden demonstrieren. Zu den seltenen Symptomen gehören fortgeleitete Pulsation und Gefäßgeräusche, sowie Krepitation. Letztere wird erzeugt durch Phlebolithen, deren röntgenologischer Nachweis, wie in zwei Fällen des Verf.s, die Diagnose entscheiden kann. Funktionsstörungen kommen teils durch Veränderungen der befallenen Muskulatur, vor allem aber durch Schmerzen zustande, die mitunter hochgradige Kontrakturen und Deformitäten verursachen können. Aus den skizzierten Symptomen ergibt sich die schwierige differentialdiagnostische Abgrenzung der Muskelangiome, die nur in 12 Fällen vor der Operation gelungen war.

Die Prognose der Muskelangiome ist quoad vitam eine gute, wenngleich diffuse, rasch wachsende Geschwülste recht erhebliche Störungen machen können. Bei radikaler Entfernung ist die Rezidivgefahr gering (im ganzen nur vier Rezidive). Auch bei nicht radikal operierten Fällen kann eine spontane Heilung eintreten, zumal wenn es sich um fibröse Angiome handelt. Bei allen rasch wachsenden, funktionell störenden und schmerzhaften Muskelangiomen ist die Operation sicher angezeigt, die in radikaler Exstirpation bestehen soll.

Zur Übersichtlichkeit des Operierens und zur Beherrschung der Blutung ist die Anwendung des Esmarch'schen Schlauches und bei der durch das gefäßreiche, schwammige Operationsgebiet erhöhten Infektionsgefahr peinlichste Asepsis angezeigt.

Unter diesen Bedingungen war der Verlauf der Heilung fast durchweg ein guter. **Reich** (Tübingen).

---

2) **Revenstorf.** Darstellung experimenteller Luftembolie im Röntgenogramm.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

Verf. hat einen 45jährigen Mann behandelt, der nach einem Selbstmordversuche (Schnitt in den Hals mit Verletzung der Vena jugularis) an Verblutung und Luftembolie des rechten Herzens zugrunde ging. Im Anschluß daran führte er Untersuchungen an Meerschweinchen aus, welchen er mit der Pravazspritze Luft in die rechte Vena jugularis injizierte. Man sieht dann die Luft in dem rechten Herzen als ein sichelförmiges helles Feld auf dem Röntgenogramm.

Der praktische Wert des Röntgenverfahrens für die Erkennung der Luftembolie ist aber nur gering, kommt beim lebenden Menschen wegen des bedrohlichen Zustandes wohl überhaupt nicht in Betracht; höchstens kann sie für die Untersuchung am toten Körper die Bedeutung eines ergänzenden Verfahrens haben.

Einen besonderen Wert könnte die Durchleuchtung nach Ansicht des Verf.s vielleicht für die Erkennung der Vorstadien der tödlichen Luftembolie besitzen, die sich ergeben, wenn nur eine geringe Menge Luft in das rechte Herz gelangt ist. **Gaugele** (Zwickau).

---

3) **W. H. Hutchings.** Concerning the use of bacterial vaccines in surgery.

(Journ. of the Michigan State med. society 1907. Juli.)

Der Aufsatz handelt von der Behandlung mit Bakterienvaccinen unter Kontrolle der Bestimmung des opsonischen Index. (Über die Technik siehe den Aufsatz von Bine und Lissner aus der Krehlschen Klinik in Nr. 51 1907 der Münchener med. Wochenschrift. Ref.)

Geeignet zur Behandlung sind chronische Infektionen, wie Cystitis, Gonorrhöe, Fisteln nach Operationen und verschiedenen Formen lokalisierter Tuberkulose.

Durch die Bestimmung des opsonischen Index soll der günstigste Zeitpunkt für eine Vaccineeinspritzung ermittelt werden; es wird zum Zweck der Erhöhung der Immunität zur Zeit der positiven Phase eingespritzt.

H. berichtet zum Beweise der Spezifität der Opsonine einen Fall von eiternden Halsdrüsen, bei dem Staphylokokken, Streptokokken und Subtilis nachgewiesen wurden; Heilung trat erst ein nach der sukzessiven Behandlung mit den betreffenden Vaccinen. Die anderen chirur-

gischen Maßnahmen sollen selbstverständlich nebenhergehen. H. staute z. B. Handgelenktuberkulose nach 2monatiger vorheriger Vaccinebehandlung und sah dann rapide Besserung eintreten.

Dosis der Injektion: Wright spritzt bei Behandlung eines neuen Falles 50 Millionen Staphylokokken ein (Ref.), H. nimmt viel weniger. Er beginnt mit 50000, steigt langsam bis 100000. Die günstigste Menge ist die, wenn der opsonische Index längere Zeit etwas unter normal gehalten werden kann. Zum Schluß befürwortet H. besonders die Behandlung der Gonorrhöe und der Fisteln.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

4) **W. B. Coley.** The treatment of sarcoma with the mixed toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus.

(Boston med. and surg. journ. 1908. Nr. 6.)

Die Grundlage für seine Behandlung bildet die Beobachtung, daß inoperable Sarkome und Karzinome durch interkurrierendes, 12 Fälle durch künstlich erzeugtes Erysipel zur Heilung gelangten; dazu die experimentelle Beobachtung vom Verschwinden multipler Sarkome bei Hunden nach Behandlung mit Bakterientoxinen. C. sah Heilung (3 Jahre rezidivfrei) in 28 eigenen Fällen unter 430, und 30 von anderen behandelten. Es eignen sich alle Sarkomformen mit Ausnahme der melanotischen. Sitz der Geschwulst irrelevant. Fast alle Fälle von Pathologen untersucht.

Indikationsstellung:

1) Sarkome, die entweder wegen ihres Sitzes, ihrer Ausdehnung oder Rezidiven nach Operationen, das sind 75%, inoperabel sind, oder bei denen Pat. eine Operation verweigert.

2) Knochensarkome, bei denen eine Gliedabsetzung in Betracht kommt. C. rät einen Versuch von 3 Wochen mit der Toxinbehandlung zu machen.

3) Als Prophylaktikum nach Operationen.

Unter seinen 430 behandelten Fällen sah er drei Todesfälle im letzten Stadium, die möglicherweise dem Toxin zur Last zu legen sind, zwei traten ein unter Erscheinungen von Embolie (Sektionsbericht fehlt).

Die Lösung, die er einspritzt, wird von Parke, Davis & Co. in Detroit, Michigan, in Handel gebracht. Sie besteht aus zwei Stammlösungen:

a. 1%ige Peptonnährbouillon, in welcher 3 Wochen lang Streptokokken gewachsen sind.

b. 10 Tage alter Prodigiosus, welcher, auf 2%igen Agarplatten bei Zimmertemperatur gewachsen, abgekratzt, mit physiologischer Kochsalzlösung verrieben und 1 Stunde bei 75° sterilisiert wird. Der Stickstoffgehalt dieser Lösung wird nach der Kjeldahl'schen Methode bestimmt, per Kubikzentimeter. Multipliziert man die gefundene Zahl mit 6,25, so ergibt sich das Gewicht der Proteidsubstanz, und

die Lösung muß so eingestellt werden, daß diese 12 mg im Kubikzentimeter beträgt.

Die Injektionsflüssigkeit setzt sich zusammen aus:

a. 100 ccm,
b. 30 ccm,
Glyzerin 20 ccm.

Jeder Kubikzentimeter enthält 2,5 mg Prodigiosusproteid. Zur Konservierung etwas Thymol. Die Flüssigkeit wird 2 Stunden bei 75° sterilisiert und kühl aufbewahrt. C. benutzt höchstens ein paar Wochen alte Lösungen.

Dosierung für den Erwachsenen: $^1/_4$ Tropfen, wenn in die Geschwulst gespritzt, $^1/_3$—$^1/_2$, wenn in die Umgebung, in etwas gekochtem Wasser gelöst. Es tritt in der Regel Schüttelfrost und Temperatur 39—40° auf. C. macht die Injektion 2—3mal wöchentlich, eventuell täglich, jedoch nie früher als bis die Temperatur wieder zur Norm herabgefallen ist. Gleichzeitig gibt er Tonika und sorgt für Stuhlgang. Ist nach 4 Wochen keine Besserung eingetreten, so ist von der Behandlung nichts zu erwarten. Deetz (Homburg v. d. H.).

---

5) **C. B. Lockwood.** On the use of chemicals in aseptic surgery.

(Brit. med. journ. 1908. Februar 8.)

Was wir nicht durch Hitze sterilisieren können, wie Hände des Operateurs, Haut des Kranken, Luft, zwingt uns unsere Asepsis mit chemischen Mitteln zu vervollständigen. Aber auch die durch Hitze erzielte Sterilität bedarf unaufhörlicher Prüfung, wenn man vor Überraschungen sicher sein will. L. behauptet, seine Hände in mindestens 50% der Fälle tatsächlich keimfrei machen zu können und in den übrigen Fällen eine solche Keimarmut zu erreichen, daß außerordentlich feine Methoden nötig sind, um Keime nachzuweisen. Während der letzten 15 Jahre haben seine Prüfungen der Händedesinfektion ständig verbesserte Ergebnisse gebracht: von einem positiven Bakteriennachweis auf zehn Prüfungen bis zu einem Nachweis auf 66 Prüfungen. Dabei haben Untersuchungsmethode und Desinfektionsmittel nie gewechselt. L. schließt daraus, daß die Besserung in den Erfolgen erklärt werden muß durch die Art, wie er das Desinfektionsmittel anwendet. Nach der üblichen Waschung taucht er die Hände für mindestens 2 Minuten in eine alkoholische Lösung von 1:500 Quecksilberjodid und von da in eine wäßrige Lösung von gleicher Art und Stärke. Die Hände gelangen so abwechselnd 4—5mal in diese beiden Lösungen, unter Benutzung der Fürbringer'schen Lehre von der fettlösenden und wasserentziehenden Wirkung des Alkohols. So belädt L. die Haut seiner Hände mit einer chemisch nachweisbaren Menge von Quecksilberjodid. Noch nach 27 Stunden fielen die Prüfungen in dieser Richtung positiv aus. In dieser Beladung der Haut mit dem Desinfektionsmittel sieht L. ein sehr wichtiges Erfordernis der Wundbehandlung und den Grund für die Besserung seiner bakteriologischen Prüfungen.

Die Gefahr der Luftinfektion in unseren Großstädten schlägt L. ziemlich hoch an, und da wir sie unmöglich ganz ausschalten können, so haben wir hierin einen weiteren Grund, unsere Asepsis durch chemisch wirkende Mittel zu verstärken.

Nach L.'s Erfahrungen kann er durchaus nicht zugeben, daß schwache Lösungen von chemisch wirkenden Mitteln, wie er sie braucht, das Gewebe ernstlich schädigen. Seine sorgfältigen Untersuchungen in dieser Richtung haben ihm nie einen solchen Nachweis gebracht.

Zusammenfassend meint L., daß Desinfizientien unentbehrlich sind, solange es unmöglich ist, Hände und Haut und die umgebende Luft ausnahmslos mit Sicherheit keimfrei zu machen. **Weber** (Dresden).

---

6) **W. Low.** An address on the modern treatment of surgical tuberculosis.

(Brit. med. journ. 1908. März 7.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose außer den bewährten Maßnahmen, wie Freiluftbehandlung, Besserung des Allgemeinzustandes usw., die Anwendung des Koch'schen Tuberkulins (T. R.) unter sorgfältiger Beobachtung des opsonischen Index. Letzterer ist der ziemlich genaue Ausdruck für die Widerstandsfähigkeit des Kranken gegen die ihn betreffende Infektion. Unmittelbar nach der Einspritzung von $^1/_{1000}$—$^1/_{600}$ mg Tuberkulin sinkt die antibakterielle Kraft des Blutes (»negative Phase« Wright's), zuweilen unter Temperatursteigerung und Allgemeinstörung, um nach kürzerer oder längerer Zeit stark anzusteigen (»positive Phase«). Nach 10 bis 14 Tagen ist die Kurve wieder ausgeglichen. Eine Steigerung der positiven Phase, an sich wünschenswert, ist bei Tuberkulin leider nicht möglich durch neue Einspritzung, eine Erniedrigung der negativen Phase aber ist sehr wohl hierdurch möglich und sicherlich oft genug früher die Ursache gewesen für manche Enttäuschung der auf T. R. gesetzten Hoffnungen, wenn man ohne Prüfung des opsonischen Index zu früh die Einspritzung wiederholte. Abszesse, käsiges Material, Nekrosen müssen entfernt werden, damit die durch die Einspritzung in ihrer antibakteriellen Kraft erhöhten Gewebssäfte freien Zugang zum Krankheitsherd haben. Solche Eingriffe müssen peinlich vermieden werden während einer negativen Phase, weil die dabei unvermeidliche Belastung der Gewebssäfte mit Infektionsstoffen diese negative Phase noch vertiefen kann; sie müssen dagegen restlich übereinstimmen mit einem hohen opsonischen Index, mag er nun erzeugt sein durch Einspritzung oder durch Autoinokulation.

Ebenso muß die Anwendung Bier'scher Stauung unter beständiger Prüfung des opsonischen Index geschehen. Das Nähere muß in der interessanten Arbeit, die dem Chirurgen neue Aufgaben stellt, eingesehen werden. **Weber** (Dresden).

---

7) **A. Tietze.** Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter.

(Med. Klinik 1908. p. 391.)

Die Jodoformeinspritzung ist das Verfahren der Wahl bei der Behandlung der tuberkulösen Abszesse, ihre Totalexstirpation kommt nur in besonderen Fällen in Frage. Da der kindliche Körper weit eher der Tuberkulose Herr wird wie der des Erwachsenen, so sind bis zur Verknöcherung der Epiphysen Operationen so viel wie möglich auszuschalten. T. hat seine in 7jähriger chirurgischer Krankenhaustätigkeit behandelten tuberkulösen Kinder nachuntersucht; die ausführlich mitgeteilten Ergebnisse befriedigten im ganzen. 28 wurden planmäßig mit Alttuberkulin gespritzt, mit derart geringem Erfolge, daß dieses Verfahren wieder aufgegeben wurde.

Zur Verbesserung der Behandlungsaussichten fordert T. berufsmäßige Statistik, einwandsfreie Kindernahrung, Verbindung von chirurgischer und physikalisch-diätetischer Behandlung, Sanatorien für skrofulöse und tuberkulöse Kinder, das ganze Jahr hindurch geöffnete Kurorte für chirurgische Tuberkulosen, städtische, besonders für Tuberkulosekuren eingerichtete, mit Bädern, Liegehallen, Luft- und Sonnenbädern versehene Kinderkrankenhäuser.

Georg Schmidt (Berlin).

---

8) **F. Kuhn** und **M. Rössler.** Catgut, steril vom Schlachttier, als frischer Darm vor dem Drehen mit Jod oder Silber behandelt. II. Mitteilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 185.)

Die Abhandlung schließt sich an die I. Mitteilung der Verff. an, die von uns in diesem Blatte 1907 p. 597 referiert wurde. Ihre Tendenz ist, durch Berichte über zahlreiche, mit großem Fleiß und sinnreich angestellte Versuche den Nachweis zu liefern, daß das K.'sche Jod- und Silbercatgut allen klinischen Anforderungen entspricht. Zur Untersuchung diente meist das Kaninchen, in dessen vordere Augenkammer Fadenfragmente verschiedenster Art, sterile Seide, Rohcatgut, Catgut nach verschiedenen Methoden präpariert, eingeführt wurden, um sowohl die Reaktionserscheinungen im Auge als die Vorgänge der Resorption bzw. Einkapselung dieser Fremdkörper studieren zu können. Dabei wurde behufs Beaugenscheinung dieser subtilen Erscheinungen das Zeiss'sche binokulare Cornealmikroskop benutzt (s. Abbildung des Instrumentes). Ferner wurde das Ohr des Kaninchens zu Versuchen gebraucht, dergestalt, daß hier subkutan Fadenfragmente diverser Art eingepflanzt wurden. Dieser dünne durchscheinende Körperteil gestattet ebenfalls eine gute Beobachtung der Resorptions- usw. Vorgänge. Endlich wurden zu Hautnähten beim Menschen die verschiedensten Sorten Seiden- und Catgutfäden verwendet und die folgenden Erscheinungen hinsichts Wundverhaltens, Sekretion, Konsistenzänderung des Fadens usw. genau notiert und miteinander ver-

glichen. Die Details dieser Versuche, deren Protokolle vorliegen, wiederzugeben, würde zu weit führen, es genüge deren Gesamtergebnis anzudeuten. Danach haben sich die K.'schen Catguts erstlich absolut steril erwiesen, sie sind reizlos und besitzen günstige Eigenschaften hinsichts Resorbierbarkeit. Die Reizlosigkeit der Präparate führen die Verff. darauf zurück, daß Jod und Silber mit dem Catgutfaden besonders schwer lösliche Verbindungen bilden, die frei von reizenden Nebensubstanzen sind. Was die Resorption betrifft, so erscheint diese beim Jodfaden langsamer als beim Silberfaden. Die Vorgänge der Silberfadenresorption sind in den Experimenten am Auge und Ohr des Kaninchens in besonders interessanter Weise gut verfolgbar. Der Faden zerfällt in kleine allmählich schwindende Teile, und das übrigbleibende metallische, schwarz werdende Silber wird abgekapselt. Zum Schluß werden noch Versuche über Zugfestigkeit von Catgut mitgeteilt, die mit einem einfachen Apparate von eigener Konstruktion der Verff. angestellt sind (s. Abbildung). Die K.'schen Catguts zeigten sich auch hier den Catgutsorten anderer Art überlegen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **Boldt.** How long must patients observe absolute rest in bed after abdominal operations?

(Amer. journ. of obstetrics 1907. Juli.)

Das frühzeitige Aufstehenlassen nach Laparotomien darf nicht schablonenmäßig gehandhabt werden. Pat. mit häufigem Erbrechen, oder unregelmäßigem und sehr frequentem Puls oder beträchtlicher Temperaturerhöhung läßt B. unter allen Umständen Bettruhe einhalten. Dagegen läßt er bei günstigem Verlauf aufstehen, sobald die Nachwehen der Narkose überwunden sind. Voraussetzung ist exakte Etagennaht der Bauchdecken und Heftpflasterbinde. **Mohr** (Bielefeld).

---

10) **Kotzenberg.** Zur operativen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 13.)

Eine rechtzeitig operierte Peritonitis ist nach aller menschlichen Voraussicht durch geeignete Technik zu retten. Als solche bezeichnet Verf. auf Grund seiner guten Resultate (nur 9% Mortalität gegen 50% früher) die von Rehn-Noetzel eingeführte und ausgebaute:

Wiederherstellung des intraabdominellen Druckes durch Schluß der Bauchhöhle bis auf eine genau abgepaßte Öffnung für das Glasdrain im unteren Wundwinkel. Die für die Bauchhöhle zurzeit beste Drainage ist die sog. Tampondrainage nach Dreesmann. Gründliche Spülung der Bauchhöhle mit gut temperierter Kochsalzlösung, bis die Spülflüssigkeit klar abläuft. Die Flüssigkeit wird nicht entfernt, sondern bleibt in der Bauchhöhle zurück.

Bei der Nachbehandlung ist die Lagerung des Kranken auf der schiefen Ebene erforderlich. Auf öftere Erneuerung des Tampons im Glasdrain ist besondere Sorgfalt zu verwenden.

Der Schnitt verläuft am äußeren Rande des Rectus oder durch denselben. Unter allen Umständen ist die Eventeration zu vermeiden. Alle bereits vorhandenen Verwachsungen zwischen den Därmen sind zu lösen. Die Tampondrainage bleibt 3—4 Tage liegen, täglich wird die Gaze in den Glasdrains mehrmals erneuert. Anregung der Peristaltik durch Glyzerinspritze vom 1. Tage an, oder wenn kein Erfolg eintritt, durch Strychnin. nitr. 4mal 5 mg innerhalb 4 Stunden. Die Krankengeschichten der 27 Fälle beschließen die sehr lesenswerte Arbeit. **Langemak** (Erfurt).

---

11) **M. Cohn.** Beziehungen zwischen dem Bakterienbefunde und dem klinischen Bilde bei der akuten Wurmfortsatzentzündung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Haim hatte auf Grund einer großen Reihe von Beobachtungen die Behauptung aufgestellt, daß man aus dem bakteriellen Befunde bei der akuten Perityphlitis Schlüsse auf den klinischen Verlauf ziehen könnte, bzw. daß zwischen der Art des Krankheitsbildes und der Art der infizierenden Bakterien ein ganz bestimmter Zusammenhang bestände. C. hat deswegen 43 Fälle akuter Wurmfortsatzentzündung nach dieser Richtung untersucht und fand, daß zwischen dem Bakterienbefunde in dem Wurmfortsatz und in der Bauchhöhle oft große Differenzen bestehen. Unter seinen Fällen war die Streptokokkenerkrankung im Gegensatz zu dem Beobachtungsmaterial Haim's sehr selten. Die Coliperitonitis bei Appendicitis verlief mehrfach sehr ungünstig, während sich die Prognose bei Streptokokken-Coliperitonitis besser gestaltete. Im Gegensatz zu Haim konnte C. nicht finden, daß der Bakterienbefund die Abgrenzung ganz bestimmter Krankheitsbilder mit charakteristischem klinischen Bild und Verlauf gestatte, oder daß aus dem klinischen Verlauf eine Diagnose auf die Art der bakteriellen Erreger möglich sei. Wenn man bei der Impfung aus der Bauchhöhle negativen Bakterienbefund erhält, so spricht das nach des Verf.s Ansicht trotzdem nicht für Sterilität, da man aus größeren Exsudatmassen doch immer noch Bakterien züchten konnte. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

12) **E. Haim.** Über Appendicitis im höheren Alter.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XCII. p. 395.)

Nach H. zeichnet sich die Appendicitis älterer Leute dadurch aus, daß die Allgemeinerscheinungen weniger hervortreten; namentlich sei das subjektive Befinden wenig gestört, die Fiebersteigerungen gering. Häufig seien bei ihnen Symptome, die auf Darmlähmung hinweisen. Trotzdem bei alten Leuten die milderen, durch Colibazillen verursach-

ten Infektionen häufiger seien, sei bei ihnen die Erkrankung viel gefährlicher als bei Kindern. Bei Bildung abgekapselter Abszesse könne die Krankheit sehr chronisch werden und jahrelang andauern.

Worauf die sehr allgemein gehaltenen Angaben H.'s sich stützen, ist nicht ersichtlich, da er sich auf die Literatur fast gar nicht bezieht und aus seiner eigenen Erfahrung nur einen einzigen Fall darbringt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **Noehren.** The value of the differential leucocyte count in acute appendicitis.

(**Annals of surgery 1908. Februar.**)

Nach einer genauen Blutkörperchenzählung in 69 Fällen von akuter Appendicitis kommt N. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Anzahl der Leukocyten schwankt zu sehr in den einzelnen Fällen; sie kann daher nicht als ein diagnostisches Hilfsmittel zur Beurteilung der Schwere des Prozesses gelten.

2) Dasselbe gilt von dem Verhältnis der Zahl der polynukleären Zellen zu der Zahl der weißen Blutkörperchen.

3) Wohl sind aber aus dem Prozentsatz der Anzahl der polynukleären Zellen Schlüsse zu ziehen, indem 90% und mehr für einen schweren Prozeß sprechen, der der sofortigen Operation bedarf. 78% und weniger sprechen für einen milden Verlauf. Die Zahl, die zwischen 90 und 78% liegt, ist mit den vorhandenen klinischen Anzeichen insofern zu verwerten, als der Prozeß, wenn die klinischen Zeichen nicht widersprechen, desto ernster ist, je mehr er sich nach 90% hinneigt.

Herhold (Brandenburg).

---

14) **Morris.** McBurney's point and another point in appendix diagnosis.

(**Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 4.**)

M. macht auf einen Punkt aufmerksam, der für die Diagnose appendicitischer Erkrankungen in Betracht kommen kann und der seines Erachtens auf die rechten lumbalen Ganglien des Sympathicus bezogen werden muß.

Der Punkt liegt auf der Verbindungslinie zwischen Nabel und Spina ant sup., nur nicht, wie MacBurney's Punkt, $1^1/_2$ Zoll medialwärt von der Spina, sondern $1^1/_2$ Zoll lateralwärts vom Nabel. Diese zwei Punkte sind beim Erwachsenen etwa 6 Zoll voneinander entfernt.

Empfindlichkeit bei Druck auf diesen neuen Punkt kann bei Mangel jeden Schmerzgefühls bei Tastung des MacBurney'schen Punktes noch den Schluß auf Erkrankung des Wurms zulassen. In solchen Fällen pflegt die genau symmetrisch gelegene Gegend der linken Lumbalganglien nicht druckempfindlich zu sein.

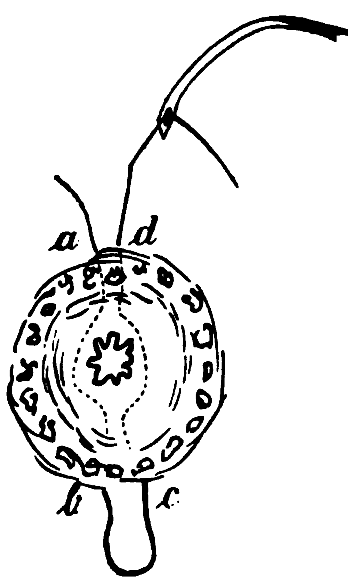
W. v. Brunn (Rostock).

---

15) **Barret.** A new technique for dealing with the appendix stump.

(Annals of surgery 1908. Februar.)

Verf. schlägt folgende Versorgung des Wurmfortsatzstumpfes vor. Es wird eine mit nicht zu dickem Catgut armierte Nadel an der Vereinigungsstelle des Wurmes mit dem Blinddarme bei *a* eingestochen, ungefähr $^1/_4$ des Umfanges vom Mesoappendix entfernt. Sie geht durch die tiefen Strukturen des Wurmes, vermeidet aber die Lichtung, sie tritt bei *b* aus und wird bei *c* wieder eingestochen, um nunmehr bei *d* nachdem sie wieder die Lichtung vermieden hat, auszutreten. Nunmehr wird der Wurm zwischen zwei Quetschzangen gequetscht und abgetragen. Auf den Stumpf wird ein feines Instrument gesetzt, das ihn einstülpt und auf der einen Seite die Fäden bei *a* und *d*, auf der anderen bei *b* und *c* gefaßt und zusammengeknotet. Dadurch verschwindet der Stumpf vollends, über ihn werden noch einige Lembert'sche Serosanähte durch die Wand des Blinddarmes gelegt. **Herhold** (Brandenburg).



16) **J. de Fourmestraux.** Le drainage dans les péritonites généralisées d'origine appendiculaire.

(Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 17.)

de F. empfiehlt die systematische Anwendung von fünf Drains, die so starrwandig sein müssen, daß sie nicht zu leicht geknickt werden können. — Die Verteilung — sämtliche Drains werden an der Inzisionsstelle herausgeleitet — ist folgende: 1) rechts hinauf gegen die Leber, 2) weiter nach links für den Raum, der vom Dickdarm umgrenzt wird, 3) zwischen vorderer Bauchwand und Därmen gegen die Mitte des Colon descendens, 4) an die Stelle, wo die Appendix entfernt wurde, 5) das wichtigste in den Douglas. Als 6) kann man bei Frauen noch in die Scheide ableiten. de F. hält diese fächerförmige, aus anatomischen Überlegungen hervorgegangene Anordnung für sehr glücklich. Er hat sie zuerst von Grégoire anwenden sehen. Von sechs eigenen Pat. sind vier geheilt. **V. E. Mertens** (Kiel).

17) **Krüger.** Über die Entfernung des Wurmfortsatzes bei der Bruchoperation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XCII. p. 556.)

Die aus der Riedel'schen Klinik hervorgegangene Arbeit erörtert die Technik einer gleichzeitig von einem Schnitt aus vorzu-

nehmenden Bruchoperation und Appendektomie, einer Doppeloperation, die unter Umständen oft genug erwünscht sein kann. Handelt es sich um einen Leistenbruch, so muß eine etwa der Bassini'schen Methode entsprechende Schnittführung mit Spaltung des Leistenkanals gewählt werden; die Kocher'sche Operation eignet sich für den fraglichen Zweck nicht. Ist der innere Leistenring freigelegt, so ist derselbe mit stumpfen Haken ausgiebig zu dehnen, und nun kann man suchen, mittels Finger oder Pinzetten den Blinddarm vorzuziehen und des Fortsatzes habhaft zu werden, was oft genug gelingen wird. Dagegen lassen sich umgekehrt Schenkelbrüche von einem Appendicitisschnitte aus operieren, wenn dieser nur genügend nahe an das Poupart'sche Band gelegt wird. Man kann dann den unteren Wundrand mittels Haken weit genug nach abwärts ziehen, um den Schenkelbruchsack für Hand und Instrumente zugängig zu machen. Er wird freigemacht, reseziert, wie bei der Kocher'schen Operation bauchwärts invaginiert und von der Bauchhöhe her unterbunden usw. Bestehen Brucheinklemmungen oder floride Appendicitiden, so unterliegt die Statthaftigkeit, beide Operationen zusammen zu machen, natürlich manchen Bedenken, die von Fall zu Fall zu erwägen sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

18) **W. B. Coley.** Industrial accidents in relation to the developement of hernia.

(Intern. journ. of surgery 1908. Februar.)

C. sah in den letzten 3 Jahren 5299 Hernien bei Erwachsenen. 70% konnten keine Ursache angeben; 25% nannten schweres Heben als Veranlassung. Der Rest führt seine Brüche auf Husten, Niesen, Pressen beim Stuhlgang, Fall aus der Höhe vom Pferd oder Rad, auch auf Tritte zurück. Andere beobachteten den Austritt zuerst beim Springen. C. steht auf demselben Standpunkt wie Berger in seiner großen französischen Statistik, daß meistens der Bruch keine plötzliche Unfallfolge ist, sondern durch eine auf angeborener Hemmungsbildung beruhende Schwäche vorbereitet ist. Es gibt aber auch echte traumatische Hernien nach Schlag, Sturz oder Stoß. Sie sind dann klein, einseitig, können inkarzeriert sein. C. führt dafür Beispiele an.

Zum Schluß fügt er eine Reihe von Gerichtsentscheidungen über Unfallhernien bei.

Deetz (Homburg v. d. H.).

19) **Bardescu.** Die Leistenmethode in der Operation der Schenkelbrüche.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. operiert seit einer Reihe von Jahren die Schenkelbrüche indirekt auf dem Leistenwege und hält diese Methode der direkten Inangriffnahme des Schenkelkanals für überlegen, und zwar selbst bei eingeklemmten Brüchen. Es wird so verfahren, daß der Schnitt oberhalb des Lig. Pouparti angelegt wird; dann inzidiert man die Aponeurose des M. obliq. ext., zieht den freipräparierten Samenstrang, bzw. das Lig.

rotundum nach innen, durchschneidet am Innenrand die Fascia transversa und legt von hier aus den Sack des Schenkelbruches frei, um ihn dann unter dem Pouparti'schen Band nach oben durchzuziehen, gegen die Bauchhöhle möglichst weit zu isolieren, dann abzubinden und abzutragen. Starke Netzverwachsungen werden wenn nötig zuvor von oben her nach Eröffnung des Bauchfells vom Leistenkanal aus unterbunden und durchtrennt. Ebenso findet von oben her die Reposition eingeklemmter Darmschlingen statt, nachdem man vorher den Schenkelbruch selbst eröffnet und der Flüssigkeit in ihm Abfluß verschafft hat. Der Verschluß des Schenkelkanals wird durch Vernähung des Ligamentum Cooperi mit dem Lig. Pouparti hergestellt. Dann findet die Sicherung des Leistenkanals nach der Methode von Bassini statt, sofern es überhaupt erlaubt ist, die Wunde ganz zu schließen. In der Schenkelvertiefung wird die Aponeurose vernäht, dann die Hautnaht angelegt. Nach 2 Wochen kann Pat. das Bett verlassen. Die Methode wurde bei 22 Pat., deren Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt sind, angewendet. Eine Schwächung der Leistengegend durch die dorthin verlegte Inzision wurde nicht beobachtet, so daß dieser dem Verfahren gemachte Vorwurf hinfällig erscheint.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

20) **J. Hahn.** Die Radikaloperation der Überhernien mit Hilfe der systematischen Dehnung der Bauchdecken.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß Pat., welche wegen übergroßer Hernien operiert werden, wegen des räumlichen Mißverhältnisses zwischen der relativ zu klein gewordenen Bauchhöhle und ihres Inhaltes leicht an Insuffizienz der Atmung starben. Um diese Gefahr zu vermeiden empfiehlt er, vor dem Eingriff die Ausweitung der Bauchhöhle vorzunehmen. Dies soll dadurch geschehen, daß man Repositionsmanöver an dem Bauche vornimmt und durch einen Mull- und Stärkebindenverband das jeweils erzielte Resultat zu erhalten bestrebt ist. Setzt man das Verfahren eine Zeitlang fort, so kann man selbst stark verwachsene Brüche allmählich in die Bauchhöhle zurückbringen. Bei den allerschwierigsten Fällen kommt man allerdings auch mit diesem Verfahren nicht aus. Dann ist meist die Enge der Bruchpforte daran schuld, daß die Reposition mißlingt. Aus diesem Grunde erweitert H. durch eine Inzision von 2—10 cm vorerst die Bruchpforte und stellt dann die etappenweisen Repositionsmanöver an, denen die Retentionsverbände folgen. Erst wenn der gesamte Bruchinhalt beschwerdefrei in der Bauchhöhle ertragen wird, besonders wenn kein Beklemmungsgefühl mehr entsteht, wird zur Radikaloperation geschritten. Bei sehr weiter Bruchpforte würde durch das Zusammenziehen der Bruchpfortenränder bei der Naht die Bauchhöhle neuerdings verkleinert und die Gefahr des Mißverhältnisses zwischen Masse und Rauminhalt aufs neue heraufbeschworen werden. Für diese Fälle wird empfohlen, den Bruchsack in die Bauchhöhle einzustülpen und

diese durch Inversion gebildete, im Bauche liegende Höhlung durch eine Hohlkugel auszufüllen. Unter dem Worte »Überhernien« faßt H. alle Brüche zusammen, die sich durch besondere Größe wie durch ihre schlechte Operationsprognose auszeichnen. An drei Kranken- und Operationsgeschichten werden die Erfolge des Verfahrens gezeigt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.)

---

21) **Pförringer.** Zur Röntgendiagnostik der Magenerkrankungen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

Verf. hat an 17 Personen Untersuchungen nach der Methode von Rieder und Holzknecht vorgenommen. Wie letzterer, so gibt auch er der Röntgenoskopie den Vorzug vor der Röntgenographie. Diese liefere nur gute Resultate bei Anwendung von Momentaufnahmen, während bei Zeitaufnahmen häufig, namentlich bei gewissen pathologischen Verhältnissen, wie Stenosen, infolge der peristaltischen Bewegungen das Bild ein undeutliches wird. Außerdem hat die Platte den Nachteil, daß die Bewegungen des Magens vollständig verloren gehen.

Die Untersuchungen machte Verf. im Stehen, in dorsoventraler und frontaler Durchleuchtungsrichtung. Die Focusschirmdistanz betrug 1 m. Als »normale« Form des Magens bezeichnet er die von Holzknecht angegebene. Hochgradige Magensenkungen fand Verf. nur an Frauen, nie an Männern.

Bei der Prüfung der Motilität dürfte dabei in Betracht kommen nicht nur, wann sich der Magen entleert hat, sondern auch die Frage, wann die Entleerung beginnt und nach welcher Zeit man normalerweise bereits Wismut jenseits des Pylorus im Duodenum nachweisen kann, und ob eine Verzögerung dieses Befundes diagnostisch verwertbar ist.

Dieses Symptom könnte eventuell, wenn es sich als brauchbar erweisen soll, von Wichtigkeit werden bei der Frühdiagnose des Karzinoms, und zwar in höherem Grade als der Zeitpunkt der völligen Entleerung.

Zum Schluß bestätigt Verf., daß »die Methode eine praktisch außerordentlich brauchbare ist, welche in vielen Fällen erfolgreich mit unseren bisherigen Untersuchungsmitteln konkurrieren kann; sie wird die chemischen Untersuchungsmethoden niemals verdrängen, ist aber in der Erkennung einer Reihe von Erkrankungen, namentlich bei Lage- und Gestaltveränderungen, unseren bisherigen Methoden überlegen, so daß sie als eine willkommene Bereicherung und Ergänzung derselben angesehen werden kann«.

Gaugele (Zwickau).

---

22) **Jollasse.** Über den Wert des Röntgenverfahrens bei der Diagnose der Lageanomalien des Darmes und der Behandlung der chronischen Obstipation.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1908. Nr. 5.)

Verf. weist darauf hin, wie notwendig für die meist empfehlenswerte Bauchmassage bei obigem Leiden die zuvorgehende Feststellung der Lage des Dickdarmes ist. In seltenen Fällen pflegt nämlich das Colon transversum so zu liegen, wie es in den Lehrbüchern der Anatomie gezeichnet ist. Vielmehr pflegt gerade das Colon transversum, wie man durch die Röntgenstrahlen nach Einführung der Rieder'schen Wismutmahlzeit leicht nachzuweisen imstande ist, tief nach unten zu hängen, so daß die Massage des Colon transversum, wie sie in den Lehrbüchern der Massage angegeben und gewöhnlich ausgeführt wird, häufig ganz verfehlt zu nennen ist.

Verf. empfiehlt daher mit Recht, bevor man zur Massage schreitet, die Feststellung des Darmverlaufes im Röntgenbilde.

Gaugele (Zwickau).

---

23) **Delore** et **Thevenot.** Contribution à l'étude de la jejunostomie.

(Arch. génér. de chir. 1908. II, 3.)

Nach einer ausführlichen kritischen Betrachtung der physiologischen Verhältnisse nach der Jejunostomie kommen Verff. auf Grund eigener Beobachtungen (vier ausführlich wiedergegebene Krankengeschichten) zum Schluß, daß die Jejunostomie nicht die Geringschätzung verdient, die viele Chirurgen für diese Operation hegen. Die Resultate der Operation sind gut, wenn eine einfache Technik gewählt wird, die einen selbständigen Schluß der Fistel gestattet, wie dies bei der Operation nach v. Eiselsberg-Witzel der Fall ist. Demzufolge ist die Jejunostomie dringend indiziert beim Karzinom der Speiseröhre, wenn der Magen so retrahiert und geschrumpft ist, daß die Gastrostomie unmöglich ist. Ebenso besteht eine Indikation beim Magenkrebs, wenn sich Gastrostomie oder Gastroenterostomie nicht ausführen lassen. Bei Magenverätzungen wirkt die Jejunostomie in Anbetracht der ausgedehnten Verletzungen als direktes Heilmittel, ebenso bei spontanen oder postoperativen Magenfisteln, die sich nicht direkt schließen lassen. Für das Magengeschwür kommt die Jejunostomie nur dann in Betracht, wenn es sich um wiederholte Rezidive trotz lange fortgesetzter interner Behandlung oder wiederholte Hämorrhagien handelt, und das Geschwür nicht am Pylorus sitzt.

In all diesen Fällen ist die Jejunostomie vor allem deshalb so wertvoll, weil sie reichliche Nahrungszufuhr und absolute Ruhigstellung des Magens gewährleistet.

(Siehe auch Zentralbl. f. Chir. 1908 Nr. 17: Delore u. Leriche.)

Strauss (Nürnberg).

---

24) I. Levin. Effects of experimental injuries of the pancreas.
(Journ. of med. research 1907. Nr. 3.)

L.'s Versuche lehnen sich an die Doberauer's an. Bei sechs Hunden nahm er doppelte Unterbindung und Durchtrennung des Pankreas vor. Resultat: Nur die Teile in der Nähe der Ligaturen zeigten interstitielle Pankreatitis, sonst keine Veränderungen; ein Tier ging an Infektion zugrunde. Bei vier Hunden und drei Katzen zerstörte L. ein etwa zollgroßes Stück des Pankreas und unterband jedes dabei blutende Gefäß für sich. Resultat nach 2—3 Wochen: Das geschädigte Pankreasstück ist z. T. resorbiert, bietet z. T. das Bild interstitieller Entzündung; das übrige Pankreas ist normal.

Bei sechs Hunden und zwei Katzen zerstörte L. einen Teil des Pankreas oder durchtrennte dasselbe mit gleichzeitiger Unterbindung der wichtigsten Blutgefäße. Resultat: drei Tiere starben innerhalb 2 Tagen an akuter Pankreatitis; Fettnekrose, freie hämorrhagische Flüssigkeit im Bauchraum. Die anderen Tiere magerten z. T. ab und zeigten bei ihrer Tötung zwischen 10 und 21 Tagen interstitielle Pankreatitis.

Bei der vierten Serie wurden an sieben Hunden und vier Katzen 6—8 Ligaturen rund um das Pankreas gelegt. Von ihnen starben bzw. waren so elend, daß sie nach spätestens 3 Tagen getötet werden mußten, sieben Tiere. 6mal fand sich freie hämorrhagische Flüssigkeit, 4mal akute Pankreatitis, 2mal Gangrän des Duodenum, 1mal das Duodenum im Zustand starker venöser Hyperämie, mehrfach subseröse Hämorrhagien und 4mal Fettnekrose. Bei den vier überlebenden Tieren entwickelte sich eine interstitielle Pankreatitis.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

25) N. Guleke. Über die experimentelle Pankreasnekrose und die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen. II. Teil.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Der erste Teil dieser Arbeit wurde schon vor 2 Jahren publiziert. In dem vorliegenden Abschnitt derselben galt es deswegen, zu einer neuen Reihe von Experimenten und Resultaten anderer Forscher Stellung zu nehmen. Vor allem suchte Verf. Doberauer's Annahme zu widerlegen, daß die hauptsächlichste Todesursache bei Pankreasnekrose der Zerfall der Pankreaszellen sei. Der Versuch, das durch Anlegung einer inneren Pankreasfistel zu erreichen, mißlang anfänglich, weil die Durchschneidung des Ausführungsganges bei Hunden meist zu obturierenden Verklebungen führte, selbst nach partiellen Pankreasresektionen. Erst nachdem G. das Operationsfeld an die hintere Wand des Duodenums verlegte, erzielte er bei einer Reihe von Versuchstieren eine funktionierende Fistel. Bei diesen zeigte sich nun folgendes: Gelangten genügend große Mengen Pankreassaft in die freie Bauchhöhle und kamen sie zur Resorption, so führte das eine Vergiftung herbei, die mit dem Tode endigte. Dasselbe Resultat wurde auch erhalten, wenn der Pankreassaft eines anderen Tieres eingeführt wurde.

Es traten dann Fettnekrosen, Blutungen und ständig schwere Nierenrindendegenerationen auf. Dadurch erscheinen die toxischen Eigenschaften auch des inaktivierten Pankreassekretes völlig erwiesen, und die Annahme, daß die zerfallenen Zellen der Bauchspeicheldrüse den Tod herbeiführen, nicht mehr als stichhaltig. Auch auf Grund der klinischen Erfahrungen sind die Fettgewebsnekrosen als eine Folgeerscheinung der Pankreaserkrankungen anzusehen. Experimentell konnte Verf. weiter nachweisen, daß das plötzliche Zugrundegehen des halben Pankreas stets eine tödliche Vergiftung herbeiführt. Bei geringerem Pankreasverluste hängt der Grad der Vergiftung vom jeweiligen Sekretionszustand der Drüse ab. An welchen Bestandteil des Sekretes die Giftwirkung gebunden ist, wissen wir noch nicht. Durch Einspritzen steigender Dosen Trypsin gelingt es, die Tiere vor dem Tode zu bewahren. Auch hinsichtlich des Wertes aktiver therapeutischer Maßnahmen hat G. aus Tierversuchen Anhaltspunkte zu erhalten gesucht. Er kommt zu der Ansicht, daß bei sehr schweren Fällen weder Spaltung noch Tamponade den ungünstigen Ausgang hindern können. Für leichtere Fälle empfiehlt er dagegen Spaltung der Kapsel und Tamponade mit genauem Abschluß der Drüse von ihrer Umgebung. Das einfache Abfließenlassen des Exsudates hält er für ungenügend; die Grenzen der Therapie dürfen freilich nicht zu eng gezogen werden, da wir die leichten Fälle nicht von den schweren unterscheiden können.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

26) **Davis.** Primary hemangiomata of muscle.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. März.)

Mit den sechs neuen Fällen des Verf.s, deren Krankengeschichten eingehend wiedergegeben sind, sind bisher 135 Fälle von primärem Muskelangiom publiziert worden. Alle diese Fälle hat Verf. übersichtlich tabellarisch geordnet nach Autor, Zeitschrift, Lebensalter, Geschlecht, Dauer des Leidens, Lokalisation, Behandlung, Resultat und Besonderheiten.

Von den sechs eigenen Fällen des Verf.s sind fünf in Halsted's Klinik und einer in Garret's Kinderkrankenhaus beobachtet worden. Zweimal war das Leiden angeboren, zweimal nach Trauma entstanden; das Lebensalter schwankte von 5 bis zu 25 Jahren; viermal waren die Pat. männlichen, zweimal weiblichen Geschlechts. Befallen waren Vastus internus, Gastrocnemius und Soleus, Flexor digit. sublimis und profundus, Obliquus abdominis externus und internus, Masseter und Buccinator, Tibialis anticus, extensor hallucis proprius, extensor digitorum longus, peroneus tertius.

Nach vollständiger bzw. teilweiser Exzision wurde fünfmal Heilung, einmal Besserung erzielt.

W. v. Brunn (Rostock).

27) **Brandenstein.** Zur Frage der Antitoxinbehandlung beim Wundstarrkrampf.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 96.)

In der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Berlin-Friedrichshain kamen in den letzten 15 Jahren 26 Fälle von Tetanus zur Behandlung, von denen, wie die beigefügten Krankengeschichten ergeben, sechs ohne Tetanusserum, die

übrigen mit solchem behandelt sind. Alle sechs ohne Serum behandelten Pat. sind gestorben, von den mit Serum behandelten vier genesen. Doch handelt es sich bei diesen vier Fällen im Gegensatze zu den übrigen um leichte Formen mit einem Latenzstadium von 9—15 Tagen, während die Inkubationszeit bei den übrigen meist weniger als 8 Tage betrug. Diese Erfahrungen bestätigen also den alten Satz, daß der Ausgang des Tetanus im wesentlichen von der Latenzzeit abhängig ist, an dessen Richtigkeit die Serumtherapie nichts zu ändern imstande gewesen ist. Dabei macht es, wie sich zeigte, nichts aus, ob das Serum subkutan, subdural oder endoneural eingeführt wurde. B. sieht deshalb die Seruminjektionen nach Ausbruch des Tetanus als überflüssig an, befürwortet dagegen die weitere Prüfung prophylaktischer Seruminjektion vor Ausbruch der Krankheit. Es kommen dabei hauptsächlich Wunden in Betracht, die mit Gartenerde, Straßenstaub oder auch Pferdekot in Berührung gekommen sind, ferner Verletzungen mit Holzsplittern, Schußverletzungen, Erfrierungen usw. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) **Schwarz.** Zur Frage der Behandlung des äußeren Milzbrandes beim Menschen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 420.)

v. Bramann, aus dessen Klinik in Halle S.'s Arbeit hervorgegangen ist, vertritt ebenso wie Lexer die Lehre, daß die richtige Behandlung der Milzbrandpustel die nicht operative exspektative sei, die der operativen unbedingt vorzuziehen ist. In der Hallischen Klinik hat sich dieser Grundsatz seit 17 Jahren praktisch bewährt, und um neuerdings von anderer Seite (Burlach usw.) abweichenden Ansichten entgegenzutreten, veröffentlicht S. die Krankengeschichten der letzten zwölf seit dem Jahre 1905 in Halle behandelten einschlägigen Fälle. Dieselben betreffen Milzbrandaffektionen an verschiedenen Stellen, Extremitäten, Gesicht, Hals usw., und waren zum Teil schwerster Art, wie namentlich Krankengeschichte und Photogramm eines am Augenlid infizierten Mannes zeigen, dessen Gesicht und Hals so hochgradig angeschwollen war, daß Nötigwerden von Tracheotomie befürchtet wurde. Alle Pat. sind bei völlig exspektativer Behandlung, wobei erkrankte Extremitäten durch Suspension ruhig gestellt wurden, genesen. Es kommt nach diesen Erfahrungen lediglich darauf an, die Anthraxpustel nicht zu malträtieren, während jede Inzision oder Einspritzung leicht durch Eröffnung von Blutgefäßen eine Einwanderung von Bazillen herbeiführen und somit schaden kann. Theoretisch und pathologisch ist daran festzuhalten, daß der Mensch relativ immun bzw. refraktär gegen Milzbrand ist. Eintretende schwere Allgemeinerscheinungen sind nicht als septhämisch, sondern als toxämisch aufzufassen; für gewöhnlich scheinen beim Menschen die Milzbrandbazillen nur in die Lymphwege einzudringen, wo sie zur Vernichtung gelangen; zur Vermeidung einer allgemeinen Blutinfektion aber ist nichts geeigneter als die Hallische, unbedingt konservative Therapie.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) **M. Claudius.** Jodchromcatgut.

(Hospitalstidende 1908. p. 458.)

Da Jodcatgut leicht resorbiert wird, hat Verf. seine Methode folgendermaßen verändert. Das Rohcatgut wird auf 2—3 Wochen in eine Lösung von je 1% Jod, Jodkalium und Bichromas calicus, dann in eine gewöhnliche 1%ige Jod-Jodkaliumlösung gelegt, worin es fortan aufbewahrt wird. Am besten verwendet man es erst, nachdem es einige Tage in der zweiten Lösung gelegen hat, da alle freien Chromsalze ausgeschwemmt werden sollen. Durch diese Herstellungsart wird die Resorbierbarkeit in erheblichem Grade verringert. **Einar Key** (Stockholm).

30) **W. Bartlett.** Prophylactic use of the filigree in infected wounds of the abdominal wall.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Verf. empfiehlt sein Silberdrahtnetz, das er jetzt in insgesamt 36 Fällen mit recht gutem Erfolge verwendet hat, auch für infizierte Bauchwunden, um einen

postoperativen Bauchbruch zu vermeiden, was ihm bisher in fünf von sechs kurz beschriebenen Fällen gelang, die er durchschnittlich 10 Monate lang nach der Operation noch beobachten konnte. Röntgenuntersuchungen ergaben zwar, daß in einzelnen Fällen die Drahtnetze zerbrochen waren; trotzdem hatten die Pat. keine Beschwerden, obwohl in diesen Fällen die Bauchdecken nur aus Bauchfell, Drahtnetz und Haut bestanden.

Versuche an Hunden und Katzen ergaben, daß die Drahtnetze einheilten, ohne daß besondere aseptische Maßnahmen nötig waren. Die so eingeheilten Netze zeigten sich recht widerstandsfähig gegen intraabdominalen Druck, indem es eher zu einer Ruptur der gefüllten Darmteile als zur Berstung der Bauchdecken kam.

B. glaubt daher, durch sein Drahtnetz auch den postoperativen Darmvorfall verhüten zu können. Eine ausführliche Schilderung der Technik ergänzt die Arbeit.

Strauss (Nürnberg).

31) Pels-Leusden. Über den sogenannten kongenitalen Defekt der Bauchmuskulatur, zugleich ein Beitrag zur Physiologie der Bauchmuskel- und Zwerchfellsfunktionen und zum Descensus testiculorum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt zwei Fälle, in denen es sich um einen so gut wie vollständigen angeborenen Defekt der Mm. obliqui und transversi abdominis handelte, neben welchem noch eine Dilatation des Magen-Darmkanals, hochgradige Enteroptose und beiderseitiger Kryptorchismus bestand. Bezüglich der Ätiologie ist zu bemerken, daß eine Poliomyelitis anterior in beiden Fällen nicht zugrunde lag. Während Stumme, der eine Reihe analoger Fälle zusammenstellte, der Meinung ist, daß ein im Bereiche der Harnröhre gelegenes Abflußhindernis und die dadurch bedingte Erweiterung der Blase eine Atrophie der Bauchmuskulatur durch Druck hervorrufe, nimmt L. eine Hypoplasie der Bauchmuskeln als Ursache der Veränderungen an. Diese erklärt auch nach seiner Angabe zwanglos die weiteren Anomalien, die sich bei solchen Fällen vorfinden, die Blasenhypertrophie und Dilatation, den mangelhaften Descensus testiculi, die Enteroptose usw. aus der durch die mangelhafte Muskulatur bedingten Funktionsunfähigkeit der Bauchwandung. Verf. bespricht im einzelnen die Art und Weise der Wirkung der Bauchpresse auf den Descensus testiculorum und die Lagerung der Eingeweide, für welch letztere die Beschaffenheit der Bauchwand eine vielleicht größere Rolle spielt als die Aufhängebänder. In den Fällen des Verf.s resultierte besonders der Tiefstand der Leber und Milz aus der Veränderung der Bauchwandung. Die Zwerchfellsatmung wurde beim Inspirium durch den Defekt nicht gehindert, andererseits wurde das Zwerchfell beim Exspirium nicht genügend zur Entfaltung gebracht, so daß es tief stand und eine Abflachung seiner Kuppe erlitt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

32) Goerlich. Das unabsichtliche Zurücklassen von Fremdkörpern bei ärztlichen Eingriffen.

(Med. Korrespondenzblatt d. württemberg. ärztl. Landesvereins 1908. Nr. 11 u. 12.)

Anschließend an den Fall einer 60jährigen Pat., bei der nach abdomineller Entfernung einer verkalkten Ovarialcyste wegen Blutung tamponiert werden mußte, sodann beim Herausziehen des Tampons unbemerkt ein Stück zurückblieb, das später durch die Blase auswanderte und durch die Harnröhre entfernt wurde, hat Verf. 235 Fälle von unabsichtlich intraperitoneal zurückgelassenen Fremdkörpern zusammengestellt. Die gynäkologischen Operationen stellen weitaus das größte Kontingent. 165mal wurden Kompressen, Tupfer und ähnliches zurückgelassen, 43mal Instrumente, 6mal ein Gummidrain, 2mal ein Fingerring. Unter 205 Fällen mit genügenden Angaben wurde 138mal der Fremdkörper bei Lebzeiten entfernt mit 13 Todesfällen; 65mal wurde er erst bei der Sektion gefunden. Unter den 138 Fällen, in denen der Fremdkörper in vivo teils spontan, teils operativ beseitigt wurde, sind vier Gruppen zu unterscheiden: 1) Der Fremdkörper wird noch

während der Operation oder durch Wiedereröffnung der noch frischen Wunde entfernt. 24 Fälle mit 22 Heilungen. Nur der ungefährliche Verlauf der Heilung oder der schwere, event. aussichtslose Zustand des Pat. darf in solchen Fällen von einer Wiedereröffnung der Wunde zurückhalten. 2) Der Fremdkörper bleibt wochen-, monate- oder jahrelang im Körper des Operierten zurück und geht dann spontan ab oder 3) er wird durch einen kleinen Eingriff entfernt. Entweder es schließt sich direkt an die Laparotomie eine stürmische Rekonvaleszenz an, oder es erfolgt zunächst Einheilung und erst nach Monaten oder Jahren unter allmählich oder plötzlich eintretenden Erscheinungen die Elimination, 31 Fälle mit spontanem Abgang, darunter 2 Todesfälle; 40mal wurde der Fremdkörper mittels eines kleineren Eingriffes entfernt, mit einem Todesfalle. 4) Zur Entfernung des zurückgelassenen Gegenstandes wird eine sekundäre Laparotomie notwendig, oft infolge schwerer Erscheinungen (Peritonitis, Ileus). 43 Fälle mit 8 Todesfällen. Die Sekundärlaparotomie sollte nur dann vorgenommen werden, wenn wirklich bedrohliche Symptome auftreten.

Der Fremdkörper wurde beim Lebenden 82mal aus der Bauchhöhle, 41mal aus dem Darm, 8mal aus der Blase, 7mal aus der Scheide teils spontan, teils operativ entfernt. Die Gesamtsterblichkeit betrug 39%. G. geht schließlich auf die juristische Seite der Sache ein und stellt 13 Fälle zusammen, in denen wegen Zurücklassens von Fremdkörpern in der Bauchhöhle Haftpflichtprozesse gegen den betreffenden Arzt angestrengt wurden. **Mohr** (Bielefeld).

33) **D. A. K. Steele.** Stab wound of fetus in utero.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Bei dem in der medizinischen Literatur wohl einzig dastehenden Falle des Verf.s handelte es sich um einen Suizidversuch einer 19jährigen IIpara, die sich im 7. Monate der Schwangerschaft einen Schnitt in die rechte Bauchseite beibrachte. Die Wunde heilte ohne Komplikation in 8 Tagen, die Schwangerschaft blieb ungestört. An ihrem Ende erfolgte die Geburt eines lebenden, gut entwickelten Kindes, das einen Vorfall des ganzen Darmkanales zeigte und deshalb in chirurgische Behandlung kam. Die weitere Untersuchung ergab eine zollange Schnittwunde in der linken Bauchseite des Kindes, zahlreiche Verwachsungen, die das Bauchfell abschlossen, und einen Vorfall von Jejunum, Ileum und Kolon. Die Laparotomie in der Mittellinie ergab, daß das Jejunum distal von der Radix mesenterii quer durchtrennt war, und daß die beiden durchtrennten Enden durch Narbengewebe geschlossen waren. Im Magen befand sich blutig-flüssiger Inhalt, der durch den Mund entleert wurde. In Anbetracht des elenden Zustandes des Kindes wurde von einer Anastomose abgesehen und die Därme lediglich reponiert. Das Kind starb nach 8 Stunden. **Strauss** (Nürnberg).

34) **B. Carlson.** Ett fall af kronisk peritonit i bukens vänstra sidoregion.

(Hygiea 1907. p. 896—898.)

Verf. stellt als einen besonderen Typus von chronischer Peritonitis das Auftreten von Verwachsungen zwischen dem äußeren Blatte des Mesosigmoideum oder dem äußeren Blatte des Mesosigmoideum mitsamt dem Darmrohr und dem Peritoneum parietale bei Fehlen sonstiger Verwachsungen im Bauche, die mit einer ausgebreiteteren Peritonitis in Zusammenhang gebracht werden können, auf und sucht die Ursache dieser Lokalperitonitis in einer speziell in diesem Teile des Darmes sich leicht festsetzenden Infektion. C. bespricht einen mit gutem Resultat operierten Fall. **Einar Key** (Stockholm).

35) **Ranzi.** Zur Differentialdiagnose der gedrehten cystischen Tumoren der weiblichen Genitalorgane gegenüber Appendicitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908. Nr. 1.)

Mitteilung von vier Fällen, in denen es sich um Stieldrehungen von rechtsseitigen apfel- bis faustgroßen Cysten handelte, die das Bild der akuten bzw. rezidi-

vierenden Appendicitis vortäuschten und auch unter dieser Diagnose operiert wurden. Zweimal waren die Cysten vom Eierstock ausgegangen, in einem Falle bestand eine Parovarialcyste, im vierten war eine gedrehte Hydrosalpinx vorhanden.

Für die Therapie sind derartige Fehldiagnosen belanglos, da in jedem Falle die Laparotomie indiziert erscheint. An die Möglichkeit einer Adnexerkrankung sollte bei jeder akuten Appendicitis gedacht werden. **Langemak** (Erfurt).

36) F. Linkenheld. Beiträge zur Brucheinklemmung der Appendices epiploicae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 383.)

Drei in der Göttinger Klinik operierte Fälle von in Bruchsäcken eingeklemmten Appendices epiploicae berichtend, dazu die sonst bislang beschriebenen analogen Fälle erwähnend, sowie die anderweitigen gelegentlich von den Appendices verursachten Erkrankungen berücksichtigend, gibt L. in seiner Arbeit mehr als deren Titel verspricht: eine kurze Übersicht über die durch die Appendices veranlaßten Krankheitsbilder. Die Brucheinklemmung — ebenso wie die Achsendrehung — der Appendices veranlaßt Schmerzen in der Bauchgegend, ausstrahlend in den Bauch, doch ohne Darmeinklemmungserscheinungen, weshalb die Operationen unter Umständen erst nach mehreren Tagen erfolgen. In den Göttinger Fällen, denen sieben andere in der neueren Literatur zur Seite stehen, wurden die gefundenen eingeklemmten Appendicis exstirpiert; übrigens genas nur ein Pat., der zweite starb an einer Aneurysmenberstung der Iliaca, der dritte an Magengeschwürsblutung. Aus dem vorliegenden Beobachtungsmaterial ergibt sich, daß die Appendixbrucheinklemmung häufiger links als rechts sitzt, was leicht verständlich, da nur genügend bewegliche Appendices, also insbesondere solche des S. Romanum, in einen Bruchsack zu gelangen imstande sind. Außerdem bedürfen diese Fortsätze einer genügenden Länge, um einklemmungsfähig zu werden. Die in den Göttinger Fällen gesehenen Exemplare (s. mehrere Abbildungen) geben hierfür Beispiele, insbesondere eine 15 cm lange Appendix. Bisweilen bewirkt die Einklemmung oder Torsion der Appendices eine peritonitische Entzündung, die zu Verwachsungen und weiteren pathologischen Folgen führen kann.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) W. H. Thomson. Case of strangulated inguinal hernia in an infant 29 days old: operation: recovery.

(Brit. med. journ. 1908. Februar 8.)

Der Inhalt der kurzen Mitteilung wird im wesentlichen durch die Überschrift ausgedrückt. Das Interesse des Falles liegt in dem frühen Lebensalter)

Weber (Dresden).

38) R. Basset. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Hernien der Regio duodeno-jejunalis.

(Virchow's Archiv Bd. CXC. p. 510.)

Nach einer kurzen anatomischen Beschreibung des Recessus duodenojejunalis sinister und des Recessus duodenojejunalis posterior, sowie einer Definition der Hernia duodenojejunalis sinister (Treitz) und der Hernia duodenojejunalis posterior Gruber-Landzert) wird zunächst eine bei der Sektion eines 80jährigen Mannes als Nebenbefund konstatierte Hernie der ersten Art beschrieben, die alle für sie charakteristischen Merkmale — Bruchsack in der linken Leibeshöhle gelegen, Bruchpforte an der rechten Seite des Bruchsackes, Verlauf der Vena meseraica inferior in seinem freien derben Rande — aufweist. Daran schließen sich zwei Fälle von Hernia duodenojejunalis posterior mit ihren vom Treitz'schen Bruch abweichenden Merkmalen — Bruchsack in der rechten Leibeshöhle, Bruchpforte an der linken Seite des Bruchsackes, gefäßfreier, zarter, dünner Rand der Bruchpforte. — Auch diese beiden inneren Brüche hatten keine klinischen Erscheinungen verursacht. **Doering** (Göttingen).

39) **L. Galassi.** Sull' ernia dell' uretere.

(Policlinico 1908. Sez. chir. Nr. 3.)

Verf. berichtet über einen jener seltenen Fälle, in denen ein Harnleiter einen Teil des Bruchinhaltes ausmacht. Bei einem 17jährigen Mädchen wurde bei der Operation eines Schenkelbruches ein gänsekieldicker runder, hohler Strang gefunden. der in der Nähe des Buchsackhalses in den Bruch herabstieg und hier fest verwachsen war. Die genaue Untersuchung des losgelösten Stranges ergab, daß es sich um den Harnleiter handelte.

Im Anschluß daran berichtet Verf. über 15 analoge Fälle aus der Literatur, ohne aus der Gesamtheit der Fälle irgendwelche charakteristischen Merkmale der anatomisch und chirurgisch wichtigen Abnormität feststellen zu können.

Irgendwelche Beschwerden von seiten der Harnentleerung fehlten fast durchwegs. **Strauss** (Nürnberg).

40) **A. Fromme.** Über einen Fall von Hernia retroperitonealis anterior sinistra incarcerata.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XCII. p. 365.)

Der im St. Johannis-Hospital zu Bonn operierte Fall betrifft einen 59jährigen Mann, der mit einem linksseitigen Leistenbruch behaftet war. Seit einigen Tagen Leibschmerzen, seit einem Tag innere Einklemmungserscheinungen, seit deren Eintritt der Leistenbruch leer blieb, Pat. seinen Urin auch nur nach längerem Drücken und unter geringen Schmerzen entleeren konnte. Die Bauchuntersuchung ergibt nichts Besonderes. Bei der Laparotomie finden sich die Leistenbruchpforten frei, aber eine 10 cm lange Dünndarmschlinge, eingeklemmt in einem Bauchfellringe, der direkt hinter der Symphyse wenig nach links an der vorderen Bauchwand sitzt. Debridement des Einklemmungsringes, Entwicklung des sich alsbald bewegenden Darmes. Der retroperitoneale Bruchsack zeigt sich, digital abgetastet, hinter der Symphyse und dem linken Schambein prävesikal gelegen. Er wird hervorgezogen, reseziert und bei der Bauchnaht mit gefaßt. Glatte Heilung.

Die Eingangspforte des inneren Bruches scheint zwischen medialem und lateralem, linksseitigem Blasenband gelegen zu haben. — F. zieht mehrere ähnliche Fälle »paravesikaler« innerer Hernien heran und gibt ein elf Nummern zählendes Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven.)

41) **Jaehne.** Beitrag zur operativen Behandlung der inneren Hernien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 439.)

Ein 22 Jahre alter Arbeiter bekam ohne nähere Veranlassung Inkarzerationserscheinungen, die sich anderen Tages wohl infolge spontaner Lösung der Einklemmung wieder verloren. 8 Tage später traten nach dem Heben eines 150 Pfd. schweren Kastens wieder Symptome von Brucheinklemmung auf: Leibschmerzen, Stuhlverhaltung und Erbrechen. Nach 8tägiger Krankheit fand man bei normaler Temperatur Auftreibung des Leibes, Bauchdeckenspannung, Druckempfindlichkeit, besonders in der Ileocoecalgegend und kostale Atmung. Erbrechen und Stuhlverhaltung dauerten an. Unter der Diagnose einer Wurmfortsatzperitonitis wurde laparotomiert mit einem Schnitt vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse. In der Bauchhöhle fand man ein steriles, trübseröses Exsudat und Einklemmung einer Ileumschlinge 20—25 cm oberhalb der Bauhini'schen Klappe in der Fossa praevesicalis dextra. Durch Spaltung des Schnürringes wurde die Einklemmung gelöst, wobei die Schnürfurche platzte. Daher 25—30 cm lange Ileumresektion und seitliche Enteroanastomose zwischen Dünndarm und der Mitte des Colon transversum. Nach anfänglich bedrohlichem Befinden erfolgte Heilung, die durch Fasciennekrose und eine spontan sich schließende Kotfistel kompliziert war. Von sechs analogen Fällen wurden bisher drei operiert und auch geheilt; der mitgeteilte Fall ist also der vierte.

Erwähnen möchte ich noch die unfalltechnische Seite des Falles. Obgleich die plötzliche, kräftige Anspannung der Bauchmuskulatur beim Heben des Kastens

in Übereinstimmung mit anderen Autoren als ursächliches Moment für die Entstehung der Einklemmung anerkannt wurde, lehnte der Begutachter zunächst die Tatsache eines Unfalls ab, weil das Heben von Lasten nicht über das Betriebsübliche hinausgehe. Doch schloß sich das Schiedsgericht dieser Auffassung nicht an, weil das schädliche Ereignis auch ein im Betrieb regelmäßig wiederholtes sein könne. **Reich** (Tübingen).

42) **Harvie.** A case of hair ball in the stomach.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 7.)

Operative Entfernung eines Haarballens aus dem Magen eines 10 Jahre alten Mädchens. Der Ballen bildete einen Ausguß des Mageninnern; die große Kurvatur maß 39 cm, der Umfang 21 cm. Heilung. **W. v. Brunn** (Rostock).

43) **A. v. Klautz jun.** Zur operativen Behandlung des perforierten Magengeschwüres.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Verf. hat in 4 Jahren elf Fälle von Magenperforation mit 73% Mortalität operiert. Die schlechten operativen Resultate sind der späten Einlieferung der Pat. zuzuschreiben. Die Naht des perforierten Geschwürs wird als das Normalverfahren angesehen. Wesentlich ist eine gute Ernährung nach der Operation. Sie wird am besten durch die Jejunostomie gewährleistet oder durch Hochenegg's Verfahren, Einführung eines Gummischlauches in das Loch im Magen nach dem Duodenum durch den Pylorus hindurch und Fixation von Rohr und Magen in der Bauchwand. Bei Pylorusstenose durch das Geschwür ist eine Gastroenterostomie ratsam, wie sie Körte prinzipiell anzulegen rät.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

44) **Hall and Simpson.** A case of phlegmonous gastritis.

(Brit. med. journ. 1908. März 7.)

Das Wesentliche dieser kasuistischen Mitteilung ist die Seltenheit der Erkrankung, die Veranlassung durch Extraktion kariöser Zähne und das Vorhandensein eines scharlachartigen Erythems am ganzen Rumpf. Ein 35jähriger Trinker läßt sich wegen seiner Magenbeschwerden eine Reihe Zähne ohne Narkose ziehen und erkrankt im Anschluß daran ganz akut unter heftigen Magenschmerzen, Fieber, Erbrechen, Erythem, schwerem Verfall. Operation in der Annahme eines Geschwürsdurchbruchs oder einer hämorrhagischen Pankreasnekrose. Der Magen war über normalgroß, sehr derb, fest, ausgedehnt wie durch eine Flüssigkeit. Tod während der Operation. Die Verdickung der Magenwand betrug über $2^1/_2$ cm und bestand zum größeren Teil in einer weißlichen Infiltration der Submucosa, die stellenweise eitrig geworden war. Die Magenlichtung war fast aufgehoben, die Magengestalt glich auffallend einem Uterus. Mikroskopisch fanden sich die Zeichen einer entzündlichen, kleinzelligen Infiltration aller Wandschichten; der Eiter war erzeugt durch Streptokokken und Staphylokokken.

Im Anschluß an ihren ausführlich beschriebenen Fall besprechen die Verff. kurz die Statistik der Erkrankung und fügen den 66 von Jakoby (1900) und 81 von Moynihan (1903) gesammelten Fällen noch 13 andere Fälle hinzu.

Weber (Dresden).

45) **Thonie.** Über akute postoperative Magendilatation und ihre Beziehung zum arterio-mesenterialen Duodenalverschluß.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Mitteilung eines derartigen Falles, der geheilt wurde. Der mesenteriale Duodenalverschluß wird dadurch hervorgerufen, daß der plötzlich erweiterte und überfüllte Magen die Dünndärme in das kleine Becken drängt und sie am Wiederemporsteigen hindert. Dadurch wird die Radix mesent. straff gespannt und komprimiert das Duodenum an seinem Übergang in das Jejunum ganz oder teilweise. Charakteristisch ist bei anhaltendem Erbrechen ein flacher Leib. Therapie: Magenspülungen und Bauchlage. **Borchard** (Posen).

46) **H. Ito und Y. Soyesima.** Zur zweiten Billroth'schen Methode der Magenresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 352.)

Die Verff. wenden sich auf Grund ihrer in der Klinik zu Kyoto (Japan) gesammelten Erfahrungen gegen die zweite Billroth'sche Methode der Magenresektion. In den letzten 7 Jahren sind in genannter Klinik 37 Magenkarzinome radikal operiert, davon zehn nach Billroth II. Vier davon (40%) sind an den Folgen der Operation gestorben, und wenn auch die Sektionen nicht gemacht sind, scheinen doch eingetretene Nahtundichtigkeiten vorgelegen zu haben, die wahrscheinlich der gewählten Methode zur Last gelegt werden müssen. Verff. raten daher, die Methode Billroth II zu verlassen. Läßt sich die Magenduodenalvereinigung nach der gewöhnlichen Kocher'schen Operationsmethode nicht durchführen, dann kann der Duodenalstumpf zwar auch verschlossen werden, des weiteren aber wäre der vertikale Duodenumteil gehörig zu mobilisieren und Seit-zu-Seit mit der Hinterwand des Magens zu anastomosieren. Diese bereits von Kocher angedeutete Operationsweise schlagen die Verff. vor als Methodus »Kocher II« zu bezeichnen. Sie haben ihn in einem Falle mit Glück zur Ausführung gebracht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **Schostak.** Das Ulcus pepticum jejuni und seine Bedeutung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 360.)

Die Krönlein'sche Klinik verfügt über vier Beobachtungen von peptischen Geschwüren des Jejunum nach Gastroenterostomie, die zusammen mit 31 Fällen aus der Literatur die Grundlage der vorliegenden Studie bilden.

Alle 35 Gastroenterostomien mit nachfolgenden Jejunalgeschwüren wurden mit einer Ausnahme wegen gutartiger Magenaffektionen ausgeführt, eine Tatsache, die auf die Bedeutung des superaziden Magensaftes hinzuweisen scheint. Es handelte sich 23mal um Gastroenterostomia antecolica anterior, 9mal um Gastroenterostomia retrocolica posterior, 1mal um Gastroenterostomie nach Roux. Der Verlauf war dabei stets ein ungestörter bis auf 2 Fälle, bei denen wegen Circulus vitiosus die Relaparotomie und Enterostomose ausgeführt worden war. Das beschwerdefreie Intervall zwischen Gastroenterostomie und den ersten Symptomen der Jejunalgeschwüre betrug 16 Tage bis 9 Jahre, meist $1/_2$—1 Jahr.

Das Ulcus pepticum jejuni tritt entweder akut oder mehr chronisch in klinische Erscheinung. In ersterem Falle kommt es ohne klinische Prodrome zu einer akuten Perforationsperitonitis, der sieben von neun Pat. erlagen. Von drei operierten Pat. kamen zwei durch. Die Methode der Gastroenterostomie war dabei ohne Belang.

Die mehr chronisch verlaufenden Fälle sind ausgezeichnet durch Magen-Darmstörungen, intensive Schmerzen ähnlich wie beim Magengeschwür, sowie durch die Verwachsungen, die sie mit der Nachbarschaft eingehen. In 22 Fällen war das Geschwür mit der Bauchwand, meist in der Gegend des linken Rectus, verwachsen, so daß in 18 Fällen durch die Bauchdecken ein Infiltrat zu fühlen war, an dessen Stelle die Bauchwand verschieden tief vom Geschwür durchfressen war. In einer Gruppe von 4 Fällen war das Geschwür mit dem Colon transversum verwachsen und in dieses durchgebrochen, so daß es zu kotigem Aufstoßen und Erbrechen, zu hartnäckigen Diarrhöen und rascher Abmagerung kam.

Naturgemäß ist klinisch schwer zu entscheiden, ob es sich um die Folgen des primären Magengeschwüres oder eines sekundären Jejunalgeschwüres handelt; es wurde daher in den akuten neun Fällen nur 2mal, bei den chronischen Fällen mit Geschwulstbildung in etwa der Hälfte die richtige Diagnose vor der Operation gestellt. Die Häufigkeit peptischer Jejunalgeschwüre ist eine verschwindend kleine, immerhin aber größer als nach den bisherigen Publikationen zu vermuten wäre. Nach den verschiedenen Statistiken hat es den Anschein, daß diese Komplikationen bei der vorderen Gastroenterostomie häufiger sind als bei der hinteren, die bessere Abflußverhältnisse schafft.

Die Therapie kann in den akuten Fällen nur eine operative sein; sie muß die Perforation verschließen, event. eine neue Kommunikation herstellen, und im übrigen die Forderungen jeder Peritonitisbehandlung erfüllen. Wichtig ist die Prophylaxe nach jeder Gastroenterostomie, die vor allem die Superazidität diätetisch und medikamentös zu bekämpfen hat.

Bei den chronischen Formen ist der Versuch einer konsequenten internen Behandlung um so mehr angezeigt, als operative Eingriffe stets sehr schwer sind und keineswegs eine Dauerheilung sicherstellen. Es treten vielmehr in der Hälfte der operierten Fälle ein oder mehr Rezidive des Jejunalgeschwüres auf, und selbst mehrfache Operationen führten nicht immer zu einer definitiven Ausheilung. Von zwölf rezidivierenden Fällen wurden nur vier geheilt, drei gebessert, vier blieben ungeheilt. Im ganzen ergab das Jejunalgeschwür eine Sterblichkeit von ca. 33%. Durch Heilung peptischer Darmgeschwüre kann es zur Obliteration der Magenöffnung (ein Fall von Krönlein) oder zur Darmstenose kommen. Die operativen Eingriffe wechseln nach den Befunden, welche stets eine Lösung der Verwachsungen, einen Verschluß des Geschwüres mit oder ohne Exzision desselben, häufig die Anlegung einer neuen Gastroenterostomose oder Enteroanastomose erfordern.

Von den pathologisch-anatomischen Ausführungen möchte ich nur hervorheben, daß das Jejunum 17mal, die Gastroenterostomose 13mal, die Braun'sche Enteroanastomose 1mal Sitz des Geschwüres war. In der Pathogenese spielt die Superazidität des Magensaftes sicher eine Rolle, während Zirkulationsstörungen und mykotischen Prozessen ein noch weniger sichergestellter Einfluß zukommt.

Die Gefahr eines Ulcus jejuni kann aber die von Krönlein aufgestellten Indikationen zur Gastroenterostomie nicht beeinträchtigen, vielmehr genügt diese in der Geschwürstherapie kausalen Anforderungen. **Reich** (Tübingen).

48) **Lépinay.** Diverticule de Meckel terminé par un lipome.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 9.)

Ein Meckel'sches Divertikel von 10 cm Länge und 2,5 cm Breite endet in einem Lipom, das durch eine zirkuläre Furche vom ersteren getrennt ist.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

49) **Voigt.** Über postoperativen Spätileus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1907. Nr. 52.)

Bei einem Pat., der 2 Jahre vorher laparotomiert war, traten Ileuserscheinungen ein. Trotzdem das Bild kein sehr bedrohliches war, wurde bald nach der Aufnahme in das Krankenhaus operiert. Es fanden sich schwere Veränderungen in der Bauchhöhle: eine durch einen Narbenstrang abgeklemmte, 40 cm lange, gangränöse Dünndarmschlinge und ca. 2 Liter braunschwarzer Flüssigkeit. Perforationsperitonitis in der Umgebung und im kleinen Becken. Das Fortschreiten der Entzündung in den epigastrischen Teil des Bauches war durch die alten Verwachsungen verhindert, und aus diesem Grunde waren auch trotz des schweren lokalen Befundes die klinischen Erscheinungen relativ gering. **Borchard** (Posen).

50) **Wilson.** A case of migration of the caecum producing obstruction of the ascending colon.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XLIII.)

Bei dem 56jährigen Manne, der unter subakuten Ileussymptomen erkrankte, war die Gegend oberhalb und links vom Nabel geschwollen und druckempfindlich, und eine rundliche Geschwulst mit unbestimmten Grenzen und tympanitischem Perkussionsschall ließ sich hier nachweisen; sie erwies sich bei der Operation als der nach links oben verlagerte und stark ausgedehnte Dünndarm; und zwar war er unter dem unteren Rande des Dünndarmmesenterium durchgeschlüpft; durch den Zug der ausgedehnten Dünndarmschlingen nach abwärts hatte der Gekrösrand wie ein scharf angespanntes Band gewirkt und das mitverlagerte aufsteigende Kolon etwa 15 cm oberhalb der Ileocoecalklappe abgeschnürt (s. Abbildung). Gleich-

zeitig war ein gewisser Grad von Achsendrehung des Dünndarmes um die Gekröswurzel eingetreten. Die Reposition des Blinddarmes gelang erst nach Entleerung durch Punktion; mehrere Stellen beginnender Gangrän der Coecalwand wurden übernäht. Tod nach 4 Tagen an allgemeiner Peritonitis. Bei der Autopsie fand sich der Blinddarm an normaler Stelle, jedoch an acht Stellen perforiert. Sowohl Blinddarm wie größere Hälfte des aufsteigenden Kolon hatten ein gut ausgebildetes Mesenterium, das in das des Dünndarmes direkt überging und an der Hinterwand des Bauches medial vom Darme sich ansetzte, doch nicht, wie während des Fötallebens, nach oben innen, nach der Gegend des Duodenum zu verlief.

In einem zweiten, von Warnig operierten Falle war infolge ähnlicher anatomischer Verhältnisse eine Drehung des Blinddarmes um seine antero-posteriore Achse von 180° eingetreten; gleichzeitig war der Blinddarm in die linke Fossa iliaca verlagert. Bei der Untersuchung in Narkose vor der Operation ging er in die normale Lage zurück; bei der Operation wurde der stark ausgedehnte Darmabschnitt durch Punktion entleert und nach Beseitigung des Volvulus in der Normallage durch mehrere Nähte festgelegt. Heilung.

Nur neun ähnliche Fälle wie der erstere existieren in der Literatur; siebenmal trat die Erkrankung vor dem 22. Lebensjahr ein; 2 Pat. waren Kinder, welche nur wenige Tage alt waren. **Mohr** (Bielefeld).

51) R. C. Coffey. What shall we do with far advanced cancer of the large bowel?

(New York med. record 1908. Februar 15.)

C. teilt die fortgeschrittenen Dickdarmkrebse in drei Klassen:

1) Solche, in denen nur die funktionellen Störungen hochgradige sind, deren Typus die ringförmige Ausbreitung mit totaler Verstopfung darstellt.

2) Ausgedehnte Geschwulst mit Kachexie und Verstopfung, aber nur eine Seite der Darmwand einbeziehend.

3) Ausgedehnte Geschwulst in Darmwand und anliegendem Mesenterium mit Kachexie und ohne Verstopfung.

11 von Willy Meyer (Neuyork) und 16 von Jonas (Boston) 1906 auf diesem Gebiet ausgeführte Operationen werden kurz aufgeführt.

Es folgt ein Bericht über 11 eigene vom 5. Juni 1906 bis 6. Juni 1907 ausgeführte Operationen. Darunter 10 Dickdarmkrebse, von denen 8 unter die oben aufgestellten Typen gehören. In Fall 11 wird eine erfolgreiche totale Exzision des Kolon nach vorheriger Iliosigmoideostomie wegen karzinösen Geschwüres des Colon descendens beschrieben.

Stark verstopfende, pathologisch nicht extensive Karzinome sollen immer exzidiert werden.

Der größere Teil ausgedehnter Geschwülste mit Verstopfung wird am besten in irgendeiner Weise mit Entero- oder Kolokolostomie behandelt, während für nicht verstopfende ausgedehnte Neubildungen event. Ausschabung und spätere Kolostomie in Frage kommt.

In nicht radikal operablen Fällen soll jede Operation, die das Leben verlängert und dem Pat. die letzten Tage erleichtert, benutzt werden. Der Grundsatz, bei fortgeschrittenen Fällen Eingriffe für nicht mehr indiziert zu halten, sei nicht gerechtfertigt. **Loewenhardt** (Breslau).

52) H. Toyosumi. Ein Fall von Stenose des Rektum durch metastatisches Karzinom bei gleichzeitigem metastasierendem Myelom.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 70.)

Klinisch war im vorliegenden Falle die Diagnose auf ein stenosierendes primäres Karzinom des Mastdarmes, das zu ausgedehnter Metastasenbildung geführt hatte, gestellt worden. Die Sektion des Pat., die im Bonner pathologischen Institut unter Ribbert ausgeführt wurde, ergab indes, daß ein kleines, ohne Erscheinungen verlaufendes Magenkarzinom das primäre gewesen, und daß die Mast-

darmstenose durch Metastasen dieser Geschwulst im Douglas entstanden war. Die Mastdarmschleimhaut war ganz gesund. Die klinisch für metastatische Geschwülste des Mastdarmkrebses gehaltenen Geschwülste der Rippen und der Beckenschaufel erweisen sich durch ihr Aussehen und ihre Konsistenz als Myelome.

Doering (Göttingen).

53) **M. Haffter.** Zur Laparotomie bei subkutaner Milzruptur.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 429.)

Zur Kasuistik der subkutanen Milzzerreißungen gibt Verf. folgende zwei von Brunner operierte Fälle bekannt:

1) 10 Jahre alter Knabe. Fall auf einen Trog mit der linken Körperseite. Ausgesprochener abdominaler Chok. Dreimal Erbrechen. Vor der Operation fand man vermehrte Bauchdeckenspannung, besonders rechts, keine Auftreibung des Leibes, keine auffallende Anämie, oberhalb der Symphyse bei leerer Blase eine Dämpfung; kein Fieber. Wegen Verdacht auf intraabdominale Verletzung Probelaparotomie: in der Bauchhöhle reichlich Blut bei Ausschluß einer Magen-Darmverletzung. Schnitt am linken Rippenbogen. Es findet sich ein totaler querer Abriß des oberen Milzpoles, der nur mit einigen Gefäßen noch in Verbindung steht. Exstirpation des abgesprengten Stückes nach Gefäßunterbindung; der Milzrest wird in das Netz eingehüllt. Ausspülung des Bauches. Bauchdeckennaht. Glatte Heilung in 14 Tagen.

2) 22 Jahre alter Mann, wurde vor 24 Stunden vom Motorrade mit der Brust auf die Straße geschleudert. Bewußtlosigkeit. Schwerer Chok, starke Dyspnoe, Cyanose. Puls 80, schwach. Bei der Aufnahme konstatierte man eine Temperatur von 37,8°, starke Cyanose und Dyspnoe, einen Puls von 80 bei guter Beschaffenheit, Bauchdeckenspannung, Druckempfindlichkeit besonders des Epigastrium, Auftreibung des Leibes, Verschmälerung der Leberdämpfung und einen Erguß in der Bauchhöhle. Bei der sofortigen Probelaparotomie fanden sich ein fast totaler Querriß in der Mitte und ein Längsriß an der Konvexität der Milz, außerdem zahlreiche Hämatome. Exstirpation der Milz, Tamponade des Milzbettes, Ausspülung der Bauchhöhle, Wundnaht. Nach der Operation zunehmende Verschlechterung trotz Kochsalzinfusion und Anlegung einer Darmfistel wegen Darmlähmung. Tod nach ca. 24 Stunden. Sektion: Keine Nachblutung, keine Perforation des Magens oder Darmes; zahlreiche subpleurale Hämatome beider Lungen; zahlreiche kleinere Hämatome unter der Pleura costalis und diaphragmatica, unter der Schleimhaut des Ileum und in der Schleimhaut des linken Nierenkelches. Leber unverletzt.

Reich (Tübingen).

54) **Nager und Bäumlin.** Beitrag zur Pathologie und Therapie der sog. Banti'schen Krankheit.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. Hft. 2.)

Bei einer 24jährigen Frau fand sich eine große, seit ca. 1 Jahre nachweisbare Milzschwellung, Oligocythämie (4468000 rote, 3000 weiße Blutkörperchen) und eine mäßige Herabsetzung des Hämoglobingehaltes (85%) bei nicht vergrößerter Leber und sonst normalen Organbefunden. Leukämie, Lebercirrhose, Lues, Malaria und Pseudoleukämie wurden auf Grund der Anamnese und des Befundes ausgeschlossen und unter der Diagnose Splenomegalia primitiva (= erstes Stadium der Banti-schen Krankheit) die Splenektomie ausgeführt, die trotz zahlreicher Verwachsungen ohne Komplikation gelang. Die Milz war 23 cm lang, 13 cm breit, 1000 g schwer. Nach der Operation bestand ohne nachweisbare Infektion längere Zeit Fieber; die Erythrocyten blieben an Zahl gleich; der Hämoglobingehalt sank zunächst auf 35% und stieg dann rasch auf 80%; auffallend war die noch nach 10 Wochen bestehende starke neutrophile Hyperleukocytose. Pat. erholte sich langsam, wurde nach 10 Wochen in gutem Zustand entlassen und war 1 Jahr nach der Operation bei gutem Befinden. Spätere Nachrichten fehlen.

Nach einer eingehenden anatomischen Untersuchung der Milz handelte es sich um eine chronische Milzschwellung durch hochgradige Hyperplasie des Milzstromas. Charakteristisch im histologischen Bilde waren eine ausgesprochene Sklerose der Milzgefäße mit perivaskulärer Bindegewebsneubildung, Atrophie der Follikel und Verödung der Pulpa, alte und neuere Blutungen im Gewebe, das Vorhandensein von zahlreichen eosinophilen Leukocyten und zahlreichen Riesenzellen.

Gestützt auf ihre klinischen und histologischen Befunde begründen Verff. ihre Ansicht, daß die primitive Splenomegalie mit ihrem charakteristischen Blutbild identisch ist mit dem ersten Stadium der Banti'schen Krankheit, daß diese klinisch und pathologisch sich abgrenzen läßt gegen die obengenannten, differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Leiden, und daß die Lebercirrhose nicht primär oder gleichzeitig, sondern sekundär entsteht. Die Erfolge der Talma-schen Operation bei Morbus Banti sprechen weiter dafür, daß der Ascites des dritten Stadiums der Krankheit als Stauung im Pfortaderkreislaufe vermutlich durch die sekundäre Lebercirrhose, nicht durch die Blutalteration bedingt ist. Der primäre Sitz der Erkrankung ist die Milz; daher bildet die Splenektomie die einzig rationelle Therapie.

Die Operation soll möglichst frühzeitig vorgenommen werden, bevor sekundäre Leberveränderungen aufgetreten sind. Besteht infolge solcher schon Ascites, so ist es zweckmäßig, die Splenektomie mit der Talma'schen Operation zu kombinieren. Die neueste Statistik von Armstrong über 32 Splenektomien bei Morbus Banti weist 28% Todesfälle auf, darunter vier an Verblutung, der Hauptgefahr der Operation. Doch darf angesichts der positiven Erfolge die hohe Mortalität der Splenektomie von 20—30% bei der an sich gefährlichen und qualvollen Krankheit von der Operation nicht abschrecken. **Reich** (Tübingen).

24) **Klopfer.** Ein Fall von operativ geheilter Calcaneodynie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

Beschreibung eines Falles von knöcherner Spornbildung an der Volarseite des Fersenbeines, welche zu einer starken Calcaneodynie führte; erst die operative Entfernung brachte Heilung.

Verf. betrachtet diese Exostosen als Verknöcherung der Ansatzstelle der Fascia plantaris. Es wäre also eine Äußerung von Myositis ossificans an der Plantarfascie, die unter dem Drucke des auf dem Fersenbeine ruhenden Körpergewichtes sich allmählich entwickelt. **Gaugele** (Zwickau).

55) **J. C. Hancock.** Acquired atresia of the common duct due to gall-stones.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Nach einer kurzen Übersicht über die bisher beschriebenen, postfötal entstandenen Atresien des Ductus choledochus schildert Verf. einen eigenen Fall, den er bei einer 66jährigen Frau beobachtete. Seit fast 3 Jahren bestanden Gallensteinkoliken, seit 1 Jahre zeigte sich Gelbsucht, die allmählich immer mehr zunahm. Die Untersuchung der hochgradig abgemagerten Frau ergab starken Ikterus und Ascites, nach dessen Entleerung eine vergrößerte und harte Leber gefühlt wurde. Bei der Operation trat nach Lösung von Verwachsungen um die Gallenblase herum eine so gewaltige diffuse Blutung ein, daß die Operation abgebrochen werden mußte, nachdem die Blutung durch Kompressionstamponade gestillt war. Pat. starb nach 14 Stunden an Verblutung; die Autopsie ergab eine geschrumpfte Gallenblase, Erweiterung des Choledochus und Hepathicus und eine vollständige Atresie der Mündung des Choledochus in das Duodenum. Ebenso zeigte der Ductus Wirsungianus Atresie, so daß die Papilla Vateri völlig fehlte. Die mikroskopische Untersuchung ergab lediglich chronische Entzündung von Pankreas und Duodenum. **Strauss** (Nürnberg).

56) F. W. Jones. The post-mortem staining of bone produced by the ante mortem shedding of blood.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

Die Arbeit hat ein hohes chirurgisch-historisches Interesse. Bei Ausgrabungen in Oberägypten fand man unter mehreren tausend Leichenfunden auch eine große Anzahl solcher Skelette, deren Besitzer ihr Leben in den häufigen Grenzkriegen dieser Gegenden eingebüßt hatten. Meist geschah dies durch Zertrümmerung des Schädels, besonders in prähistorischen Zeitläuften: diese Zerschmetterung war unter Umständen ganz gewaltig, so daß einzelne Knochenfragmente verloren gegangen waren, andere mit Haaren und Gehirn im Schädelinnern eine derbe Masse bildeten. Die stets in solchen Fällen auftauchende anthropologische Frage, ob die Knochenzertrümmerung vor dem Tode und dem Begräbnis oder später durch Grabschänder stattgefunden hat, kann heute nach J. und Smith mit Sicherheit entschieden werden nach Art und Ausdehnung des die Knochenfragmente umspülenden Blutergusses. Diese Blutung, die zu Lebzeiten des Trägers stattgefunden hat, hinterläßt ganz bestimmte, auffallend frisch aussehende Spuren, die J. genauer beschreibt. Selbst bei einem fachmännisch vorsichtig abgeschätzten Alter dieser Funde bis zu 5000 Jahren ist diese Pigmentierung noch deutlich nachweisbar. Eine Blutreaktion geben diese Reste freilich nicht mehr. **Weber** (Dresden).

57) G. E. Smith. The most ancient splints.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

Die oft vorzüglichen Heilungsergebnisse von Knochenbrüchen, die wir von den alten Ägyptern her kennen, finden hier zum erstenmal ihre Erklärung durch Entdeckung der Mittel, die von den ägyptischen Chirurgen angewendet wurden. S. beschreibt zwei Funde von Schienen, die von der Hearst Egyptian Expedition der Kalifornia Universität in einem annähernd 5000 Jahre alten Grab gefunden wurden. — In dem einen Falle war der offene Zertrümmerungsbruch in der Mitte des rechten Oberschenkels eines 14jährigen Mädchens durch vier roh gearbeitete, dünne, mit Leinen sorgfältig umhüllte Holzschienen mit Hilfe zweier bindenartiger Tücher fixiert gewesen. Die Schienen reichten von der Bruchstelle bis unter das Knie und trugen am Orte des Bruches einen 3,1 cm dicken Leinenbausch, dessen Femurseite von einem rostartigen Flecken verfärbt war, der als Blutrest nachgewiesen werden konnte. Die Knochen waren ohne Anzeichen einer Entzündung oder Heilung: also muß der Tod sehr bald nach der Verletzung eingetreten sein. Die Schienen können in diesem Falle, weil zu kurz, dem Knochenbruch wohl nur wenig Nutzen gebracht haben: sie dienten wohl nur zur Ruhigstellung des Kniegelenkes.

Sehr viel besser, ja vorzüglich erfüllten die Schienen des zweiten Fundes ihren Zweck der Fixation. Ein Bruch beider Vorderarmknochen war sorgfältig geschient von einer vollständigen Hülse aus Baumrinde und derbem Rohr. Am oberen Bruchstück der Ulna hing noch ein rostartig verfärbter Tampon aus Pflanzenfasern, vermutlich von der Dattelpalme stammend, der bis in den Markraum des Knochens reichte. Also ist auch diese Fraktur kompliziert gewesen.

Die große Häufigkeit der Vorderarmbrüche in den Gräberfunden der alten Ägypter erklärt Verf. mit ihrer Vorliebe für das Fechten mit einer dicken, langen Stange, wie es heute noch geübt wird. Bezeichnend für den zähen Konservativismus des Ägypters ist die Tatsache, daß noch heute die oben beschriebenen Schienen vielfach dort in Gebrauch sind.

Die Arbeit S.'s ist mit ihren Literaturangaben von Wert für jeden, der sich mit der Geschichte unserer Wissenschaft beschäftigt. **Weber** (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 24. Sonnabend, den 13. Juni 1908.

Inhalt.

1) G. M. **Blech** (Chicago). Nikolas Senn †. Nekrolog.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 576.)

Mit Senn, der, geboren am 31. Oktober 1844, am 2. Januar d. J. starb, ist Nordamerikas bedeutendster Chirurg heimgegangen. B. gibt biographische Notizen und würdigt seine ungewöhnlich großen Leistungen und Verdienste. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

2) G. **Schöne**. Über einige neuere Fragestellungen in der Geschwulstlehre.

(Med. Klinik 1908. p. 525.)

Aus der Ähnlichkeit gewisser menschlicher bösartiger Geschwulstformen mit günstiger verlaufenden Neubildungen bei Mäusen, aus dem Gradunterschied in der Bösartigkeit verschiedenartiger menschlicher

Krebswucherungen, aus Abweichungen im Verlaufe bei Krebsen ein und desselben Körperteiles verschiedener Menschen, endlich aus dem Vorkommen von Steigerung und Abschwächung in der Bösartigkeit ein und derselben menschlichen Geschwulst zieht Verf. den praktischen Schluß, daß man auch inoperablen Neubildungen gegenüber nicht ohne weiteres die Hände in den Schoß legen, sondern das Messer, das glühende Eisen, Ätzmittel, Arsen, Röntgenstrahlen anwenden, unter Umständen auch eins der neueren auf Versuchen und Annahmen begründeten Verfahren erproben solle. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

3) **J. Schirokogoroff.** Die sklerotische Erkrankung der Arterien nach Adrenalininjektionen.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 482.)

Die Arbeit beginnt mit einer kurzgefaßten Übersicht über die Literatur des Themas. Alsdann berichtet Verf. über seine eigenen Versuche, bei denen er Adrenalin in die Ohrvene, unter die Haut und in die Pleura- und Peritonealhöhle von Kaninchen injizierte. Bei einer Reihe von Tieren wurden die Einspritzungen bis zu ihrem Tode gemacht; andere erhielten Adrenalin nur so lange, bis eine Erkrankung der Gefäße angenommen werden konnte. Dann wurden die Injektionen ausgesetzt und die Tiere erst einige Zeit später getötet. S. konnte auf diese Weise die Ausheilung des arteriosklerotischen Prozesses studieren. Die Ergebnisse der Experimente sind folgende: Adrenalin besitzt bei Einführung in die Blutbahn starke toxische Eigenschaften und tötet die Tiere zum Teile rasch. Der Tod erfolgt wahrscheinlich durch Atmungslähmung. Lungenödem, Überfüllung des Venensystems und Kontraktion des linken Ventrikels waren ständige Sektionsbefunde. Die subkutane Injektion und die Injektion in die serösen Höhlen blieben selbst bei zehnfacher Dosis in toxischer Hinsicht völlig wirkungslos. Die Gefäßveränderungen traten sehr früh auf; nach 6 Tagen bestand schon eine erhebliche Nekrose der Muskelfasern, und wenig später war die Bildung von sklerotischen Platten zu konstatieren. Die Wirkung des Adrenalins war bei den einzelnen Tieren eine sehr individuelle; die Ausdehnung der Veränderungen war völlig unabhängig von der Dauer der Injektionen; auch erwiesen sich die Gefäße junger Tiere weit widerstandsfähiger als die ausgewachsener. Der makroskopische Prozeß dokumentierte sich in einer Brüchigkeit der Gefäßwand, Bildung sklerotischer Platten und aneurysmatischer Ausbuchtungen. Die Ursache für sein Entstehen liegt in der toxischen Wirkung des Adrenalins und in der sehr starken Steigerung des arteriellen Blutdruckes. Mikroskopisch läßt sich Nekrose der Muskelelemente, Kalkablagerung und Entwicklung von Narbengewebe nachweisen, sowie Verdickung der Intima und eine Veränderung der elastischen Fasern im Sinne einer Verdünnung und eines körnigen Zerfalles derselben. Injektionen in die Pleurahöhle setzen die gleichen Gefäßveränderungen wie die intravenösen: bei solchen unter die Haut

und in die Bauchhöhle finden sie sich nicht. Neben den Veränderungen an den Gefäßen besteht eine abortive Wirkung des Adrenalin bei intravenöser wie bei Injektion in die serösen Höhlen. — Umfangreiches Literaturverzeichnis.

Doering (Göttingen).

---

4) **G. Hotz** (Würzburg). Die Skopolamin-Morphinnarkose.

(Sammlung klinischer Vorträge Nr. 471.)

H. bespricht an der Hand seiner in der Baseler und Würzburger Klinik an über 1500 Narkosen gemachten Erfahrungen die Vor- und Nachteile der Skopolamin-Morphinnarkose und gelangt zu folgenden Ergebnissen: Die reine Skopolamin-Morphinnarkose ist wegen der gefährlichen toxischen Wirkungen zu vermeiden. Durch Kombination der Alkaloide mit der Chloroform-Ätherinhalation erzielen wir eine Narkose, die sich vor dem einfachen Verfahren auszeichnet durch größere Toleranzbreite, Ausfall der Exzitation, der initialen Synkope und durch eine erhebliche Herabsetzung im Verbrauche des Narkotikums. Neben dieser Einschränkung der direkten Gefahren vermeidet die Methode postoperative Komplikationen, Erbrechen, Pneumonien und bedeutet für den Kranken eine angenehm empfundene Erleichterung. Die Morphingabe ist möglichst zu beschränken; nach vorausgehender Darreichung von Veronal (0,5—1,0 g) am Abend vor der Operation genügt eine einmalige Injektion von höchstens 0,0006 g (0,0004 g bei Frauen) Skopolamin + 0,01 g (0,005 g bei Frauen) Morphin 1 Stunde vor der Operation, für die dann geringe Mengen Chloroform oder Äther zur Erreichung voller Narkose ausreichen. Bei den kleinen Dosen von Skopolamin und Morphin scheinen verderbliche Wirkungen nicht einzutreten. Der Skopolamin-Morphindämmerschlaf erleichtert die Ausführung chirurgischer Operationen unter Lokalanästhesie, speziell der Strumektomien unter Ausschluß der Basedowkranken, für die sich die Methode nicht eignet. Unzureichend und gefährlich ist die Anwendung des Skopolamin-Morphins beim Delirium tremens; bei der Behandlung des Tetanus traumaticus erweist es sich dagegen als ein zweckmäßiges Mittel, das die Reflexerregbarkeit herabsetzt und die Heftigkeit der Krämpfe und Schmerzen mildert.

Kramer (Glogau).

---

5) **H. Ziegner.** Was lehrt uns die Narkose bei künstlich verkleinertem Kreislauf, und wie wirkt die von Klapp proponierte Methode der Autotransfusion gegen gefährliche Narkosezufälle am Tierversuche?

(Med. Klinik 1908. p. 620.)

Klapp schlug vor, durch Abschnüren von Gliedmaßen während der Narkose den Kreislauf zu verkleinern. Die von Klapp nicht angestellten Tierversuche holt Z. nach. Klapp's Voraussetzungen bestätigten sich. Je größere Körperabschnitte des Kaninchens abgeschnürt wurden, desto schneller trat die Betäubung ein, desto schneller aber auch nachher die Erholung, wenn mit Lösung der

Abschnürung das nicht mit Chloroform erfüllte Blut der Glieder dem übrigen Körper wieder zuströmte und dessen Blut mechanisch und chemisch entlastete. Auch nach unmittelbarer Entnahme von Blut aus der Halsschlagader wurde beschleunigtes Eintreten der Betäubung beobachtet.

Z.'s Ausführungen beziehen sich nur auf Chloroformbetäubung.

Georg Schmidt (Berlin).

---

6) **W. Meyer and Schmieden.** Bier's hyperemic treatment.

Philadelphia and London, **W. P. Saunders Comp.,** 1908.

Das vorliegende Buch erscheint berufen, eine Lücke in der angloamerikanischen medizinischen Literatur auszufüllen; es geht hervor aus dem Zusammenarbeiten M.'s, der sich schon lange Jahre mit der Hyperämiefrage beschäftigt hatte, und S.'s, den ein Referat auf den Washingtoner Kongreß 1907 mit M. zusammengebracht hatte. Das Buch ist vor allem für den Praktiker bestimmt und hat dieses Ziel in glücklicher Weise erreicht. Ein spezieller kürzerer Teil macht den Leser mit der wissenschaftlichen Begründung, Wesen und Art der Hyperämiebehandlung bekannt; die Wirkungsweise der Stauungsbinde, des Schröpfkopfes und der Heißluftapparate wird erörtert, die Vorschriften werden genauestens und übersichtlich präzisiert, die Indikationsstellung kritisch begrenzt. Den weitaus größten Umfang beansprucht die Anleitung für die praktische Verwendung, und es werden in zahlreichen Einzelkapiteln die Gebiete abgehandelt, die sich die Hyperämiebehandlung erobert hat (Chirurgie, innere Medizin, Gynäkologie, Urogenitalsystem, Otologie, Ophthalmo-, Rhino-, Pharyngologie, Neurologie, Dermatologie, Psychiatrie). Das Buch, das Bier gewidmet ist, hat einen Umfang von 209 S., hervorragend gut wiedergegebene Abbildungen (95), welche teils aus der Berliner chirurgischen Klinik stammen, teils amerikanischen Ursprunges sind, und deren Reproduktion, ebenso wie Papier und Druck, dem Verlage höchstes Lob eintragen.

Esau (Greifswald).

---

7) **P. Frangenheim.** Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Saugbehandlung auf lokale Entzündungsherde.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Verf. beschäftigt sich in vorliegender Arbeit über den Einfluß der Saugbehandlung auf lokale Entzündungsherde ausschließlich mit dem Einfluß dieser Bier'schen Methode auf experimentell erzeugte geschlossene Abszesse bei Kaninchen. Diese durch Eitererreger erzeugten Abszesse hatten die Eigenschaft, sich spontan zu verkleinern, wenn sie nicht gestaut wurden. Dagegen wurden sie, in geschlossenem Zustande gestaut, größer, zeigten also eine Verschlimmerung. Die Schlußfolgerungen, die Verf. aus seinen ausschließlich an Abszessen gewonnenen Erfahrungen zieht, werden auf beginnende Entzündungen übertragen und lauten für diese, daß es auch bei ihnen nicht emp-

fehlenswert ist, geschlossen zu saugen, da nicht vorauszusehen ist, ob nicht auch hier eine örtliche Verschlimmerung die Folge der Behandlung sein wird. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

8) **R. Kienböck.** Radiotherapie. (Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen, Hft. 6.) Mit 178 Abbildungen.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1907.

Es ist mit Freuden zu begrüßen, daß von einer berufenen Feder einmal die weit verstreuten Erfahrungen in der Röntgentherapie zusammengefaßt werden und damit jedem das Arbeiten auf diesem noch so sehr in Entwicklung begriffenen Gebiet erleichtert wird. Nach einer kurzen Schilderung der physikalisch-technischen Grundlagen bespricht Verf. zunächst die Wirkung der Röntgenstrahlen auf den gesunden Organismus. Sehr ausführlich ist dann das etwas schwierige Gebiet behandelt, wie wir eigentlich die Wirkung der Röntgenstrahlen abschätzen und beeinflussen können. Die einzelnen Komponenten, aus denen sich die Wirkung zusammensetzt, werden physikalisch erläutert, und speziell der Dosimetrie als der zurzeit wohl brennendsten Frage der ganzen Therapie wird große Aufmerksamkeit gewidmet. Leider wird dem Leser das dem Spezialisten schon bekannte Faktum klar werden, daß keine der bisherigen Dosierungsmethoden als absolut zuverlässig und bequem bezeichnet werden kann.

Den Schutzmaßregeln, der Idiosynkrasie und forensischen Fällen sind einige Seiten gewidmet. Im speziellen röntgenotherapeutischen Teile, welcher dem theoretischen gegenüber etwas stiefmütterlich behandelt erscheint, werden die einzelnen Anwendungsgebiete in der Weise abgehandelt, daß bei jedem erst die allgemeine Wirkung, die Chancen, die Technik der Behandlung, dann fremde und eigene Erfahrungen des Verf.s besprochen werden.

Den Anfang machen Hautkrankheiten, ihnen folgen die Geschwülste, und anschließend alle anderen Erkrankungsformen, bei denen man bisher Röntgenbehandlung versucht hat, wie Anämie, Chlorose, Leukämie, Lymphomatosen, Kropf, Basedow, Prostatahypertrophie, Tuberkulose usw.

Ein kurzer Anhang bringt die Eigenschaften und Wirkungen des Radiums und die Technik der Behandlung mit demselben.

Zum Schluß folgt ein langes Verzeichnis der wichtigeren Arbeiten. **Renner** (Breslau).

---

9) **M. Matsuoka.** Über die Radiumverbrennung der Haut.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 569.)

M. studierte die Radiumverbrennung an der Kaninchenhaut. Er unterscheidet drei Stadien derselben, das der Abschuppung, der Gewebsnekrose und der Bindegewebswucherung im Corium. Die Radiumstrahlen wirken nach ihm nicht nur destruktiv, sondern auch produktiv, und diese Wirkungen des Radiums sind es wahrscheinlich, deren wir

uns bei der Radiumbestrahlung zum Heilzwecke der epithelialen Geschwülste, z. B. der Krebse, bedienen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

10) G. Becker. Über Händedesinfektion mit Chirosoter. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S. Geh.-Rat Veit.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Auf Grund seiner Versuche, die neben sehr günstigen Ergebnissen direkte Versager aufweisen, warnt B. vor der Anwendung des Chirosoter ohne vorangehende Desinfektion bei Operationen am Menschen. Dagegen bestreitet er nicht die Bedeutung des Chirosoter zur Festleimung der nach vollständiger Desinfektion tief in der Haut zurückgebliebenen Keime. **Kramer** (Glogau).

---

11) Rowlands. Remarks upon excision of the body of the scapula.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

Ein Fall von Enchondrom des Schulterblattes und das Studium der in der Literatur niedergelegten Fälle überzeugten R., daß eine gewisse Anzahl von gut- und bösartigen Geschwülsten des Schulterblattes und entzündlichen Zuständen des Knochens bei geeigneter Auswahl nicht die Exzision der Scapula erfordern, sondern ausreichend und ohne Vergrößerung der Rückfallsgefahr mit Resektion des Knochens unter Zurücklassen des Acromion, des Proc. coracoideus und glenoidalis behandelt werden können. Die Vorteile dieser Resektion für den späteren Gebrauch des Armes sind sehr groß: in einem Falle blieb nur die starke Abduktion unvollkommen, während alle anderen Bewegungen erhalten waren. R. empfiehlt eine T-förmige Inzision und frühzeitige Unterbindung der drei Hauptgefäße. Eine genaue Beschreibung der Operationsmethode ist beigegeben. **Weber** (Dresden).

---

12) Machol. Die Luxatio cubiti posterior und ihr Verhältnis zur Myositis ossificans traumatica.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 775.)

Vom 1. Januar 1903 bis 1907 beobachtete Verf. in der Breslauer Klinik 30 Fälle von Luxatio cubiti posterior, von denen bei sieben die Reposition abgelehnt worden oder nicht indiziert, und bei fünf Fällen die Verrenkung mit Knochenbruch kompliziert war, so daß nach Ausscheidung von zwei nach 14tägiger Beobachtung verschollenen Pat. noch 16 unkomplizierte Fälle bleiben, die ausnahmslos alle nach der Reposition eine Myositis ossificans traumatica im M. brachialis internus aufwiesen. Dieser Prozeß war also bei reponierten Verrenkungen ebenso regelmäßig vorhanden, wie er bei nicht reponierten jeden Alters fehlte.

Klinisch macht sich der Vorgang 4—6 Wochen nach der Reposition durch Funktionsstörung erstmals geltend; dann kommt es zur

umschriebenen Geschwulstbildung in der Ellbeuge. Diesem zweiten Stadium, das am Ende des 3. Monates seinen Höhepunkt erreicht, folgt dann ein drittes, das durch Besserung der Funktion, Verkleinerung und gleichzeitige Verhärtung der Geschwulst charakterisiert ist und sich über viele Monate erstreckt. Bevor eine volle Funktion erreicht ist, gibt es überhaupt keinen Stillstand in dem Prozeß.

Röntgenologisch entspricht dem ersten Stadium ein ausgedehnter, schwacher, schleierhafter Schatten, der keinen nachweisbaren Zusammenhang mit dem Knochen besitzt. Hierauf folgt eine Periode der Verkleinerung, Gestaltveränderung und Verdichtung des Schattens, und gleichzeitig treten, dem Knochen selbst unmittelbar aufliegend, Verkalkungsschatten auf. Etwa $4^1/_2$ Monate nach der Reposition ist eine äußere und innere Differenzierung des Schattens zu erkennen. Im zweiten Stadium des Prozesses kommt es in einem Teile der Fälle zu einer Vereinigung der in den Weichteilen gelegenen und der vom Knochen ausgehenden Verknöcherungen mit einer mehr oder minder breiten Basis, in einem anderen Teil aber bleibt durch alle Stadien hindurch die Muskelverknöcherung ohne Zusammenhang mit dem Skelett. Während letztere Fälle eine rasche Entwicklung mit raschem Abbau und geringer Funktionsstörung durchmachten, ist der Abbau langwieriger und die Funktionsstörung größer, wenn die Muskelverknöcherung mit breiter Basis mit dem Humerus, etwas günstiger, wenn mit schmaler Basis mit dem Vorderarm (Ulna) sich vereinigte.

Die Prognose der Muskelverknöcherung nach Ellbogeneinrichtung ist daher im Anfangsstadium mit Vorsicht zu stellen, da sich nicht vorhersehen läßt, welche Entwicklung der ossifikatorische Prozeß nehmen wird; sie hängt wesentlich ab von der primären Lage der Verknöcherung zum Skelett.

Seine pathologisch-anatomische Stellungnahme spricht Verf. dahin aus, daß er die Affektion als eine zweifellos entzündliche auffaßt und neben einer periostalen Knochenneubildung auch eine metaplastische als erwiesen erachtet. Den letzten Grund für diesen Prozeß sieht M. in mechanisch-statischen Momenten, die einmal in dem neuen Trauma, das der schon geschädigte M. brachialis bei der Reposition erleidet, sowie in der funktionellen Beanspruchung des auf diese Weise pathologisch veränderten Muskels gegeben sein können.

Diese nur durch die Anwendung des Röntgenverfahrens ermöglichten Kenntnisse über das klinische und anatomische Verhalten der Myositis traumatica haben ferner zu einer Einschränkung der früher meist operativen Therapie geführt durch den von M. erstmals an einem lange beobachteten Material gelieferten Nachweis, daß diese Gebilde einer spontanen Rückbildung fähig sind. Eine Operation ist daher nur angezeigt bei nervösen Störungen und nach mehr als Jahresfrist, wenn noch schwere Funktionsbeschränkung besteht. Sonst empfiehlt es sich, nach der Reposition die Ruhigstellung etwas länger als sonst fortzusetzen, dann zu vorsichtiger Massage und zum allgemeinen Gebrauche des Armes überzugehen. **Reich** (Tübingen).

---

13) **W. Hagen.** Zur Statik des Schenkelhalses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 627.)

Im Schenkelhalse sind zwei Bälkchensysteme zu unterscheiden: Das Zugsystem, das von der Trochanterseite bis zum höchsten Punkte der konvexen Seite und dann zum vordersten Ende der konkaven Schenkelhalsfläche verläuft; zweitens das Drucksystem, das, von der konkaven Seite des Schenkelhalses entspringend, fächerförmig nach der Konvexität des Bogens verläuft und eine schwächere Mittelpartie erkennen läßt.

Nach dem Wolff'schen Transformationsgesetz sollte man nun bei rein statischer Coxa vara eine Hypertrophie des Zugbogens erwarten, aber gerade das Gegenteil ist zu finden: Hypertrophie des Druckbogens und Atrophie des Zugbogens, so daß Bähr schließt, es müsse entweder unsere Anschauung von der Architektur des Schenkelhalses oder das Transformationsgesetz falsch sein.

Verf. gibt nun die hypothetische Erklärung, daß der Tragmodus des Zugbogens durch Belastung zwar allmählich, aber doch zu rasch überschritten wird, um dem Knochen Zeit zu einer funktionellen Hypertrophie zu lassen, während die Beanspruchung des Druckbogens langsamer vor sich geht und damit Zeit zu einer Hypertrophie dieses Systems gelassen ist. **Reich** (Tübingen).

---

14) **F. Kempf.** Prinzipielles über Begriff, Ätiologie und Therapie der Coxa vara.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Verf. spricht sich dahin aus, daß nur diejenigen Formveränderungen des oberen Femurendes mit dem Namen Coxa vara zu belegen seien, bei denen die Deformität am Übergange des Epiphysenteiles zur Diaphyse sitzt. Er betrachtet als Grundlage der echten Coxa vara die Verschiebung oder Einrollung der Femurepiphyse gegen den unteren Schenkelhalsrand. Dazu tritt gewöhnlich eine Abweichung der Epiphyse nach rückwärts, Ermüdungsgefühl, Hüftschmerz, Hinken, charakteristische Stellungsveränderungen des Beines und Funktionsstörungen. Willkürlich ist es, die Coxa vara auf Erkrankungen auszudehnen, die mit einer Verbiegung oder Knickung in der Trochantergegend einhergehen. In dem eben beschriebenen Sinn aufgefaßt, ist die Coxa vara, wie dies Sprengel schon früher behauptet hat, ausnahmslos als eine traumatische Erkrankung anzusehen. In 62% der Fälle konnte K. an seinem Material eine Verletzung nachweisen. Die Anschauung Sprengel's hat übrigens in der Literatur schon mannigfache Anerkennung gefunden. Für die Therapie fordert Verf. ein möglichst frühzeitiges Einsetzen und lange Dauer der Behandlung. Diese darf nicht mit wochen-, sondern muß mit monatelanger Schonung rechnen. Zuerst soll Extension, später ein Beckengipsverband angelegt werden. An sich ist die Coxa vara kein Gegenstand chirurgischer Eingriffe. Erst verschleppte Fälle mit schweren Knochenverbildungen verlangen die Operation. Eine zweckmäßige Behandlung

wird die Zahl der Fälle, in denen ein Eingriff nötig ist, sehr herabmindern. Wichtig ist natürlich die Frühdiagnose des Leidens. Verkürzung und Außenrotation mit Bewegungsstörungen im Hüftgelenk sind die charakteristischen Symptome, die gewöhnlich am Ende der Wachstumsperiode auftreten. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

15) **C. Perret.** Über die Dauerresultate bei Coxitis tuberculosa.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

An Hand von 65 Fällen von Koxitis, welche längere Zeit nach der Behandlung nachuntersucht und kontrolliert werden konnten, gibt Verf. eine eingehende Schilderung des Krankheitsbildes mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie der Hüftgelenktuberkulose und der konservativen wie operativen Behandlungsarten. Ausführlich wird auch das Verhältnis des Sitzes der kalten Abszesse zu dem Knochenherde behandelt und der Wert der Röntgenaufnahme betont. Auf allgemeine Behandlung, besonders auch auf Badekuren, wird großes Gewicht gelegt. Vor Spaltung kalter Abszesse wird energisch gewarnt wegen der Gefahr der Mischinfektionen, die sich danach nur schwer vermeiden lassen. Rezidive wurden nach verschieden langer Zeit beobachtet, sogar noch nach 40 Jahren. Die Indikation zu operativen Eingriffen wurde nicht schablonenmäßig gestellt, sondern richtete sich stets nach der Individualität des Falles im einzelnen. Bei leichten Fällen ohne oder mit steriler geschlossener Eiterung, bei denen der Sitz des tuberkulösen Herdes nicht sicher festgestellt werden konnte, wurde konservativ behandelt, bis der Knochenherd, falls er nicht spontan ausheilte, im weiteren Verlauf erkennbar wurde. Bei schweren Fällen mit offener Eiterung und sonstigen Komplikationen soll die Arthrotomie zur Untersuchung des Gelenkes vorgenommen werden. Fehlt alsdann bei ausgedehnter Zerstörung des Gelenkes die Hoffnung auf Heilung, dann muß unter Schonung aller erholungsfähigen Partien alles Krankhafte entfernt werden (atypische Resektionen). Typische Resektionen lassen sich wohl auf diese Weise vielfach vermeiden. Bei den Fällen, in denen schon klinisch der Herd im Knochen gut lokalisierbar ist, wird wohl die Sequestrotomie oder Ausrottung allen tuberkulösen Gewebes eine Radikalheilung und ein günstiges funktionelles Resultat erzielen lassen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

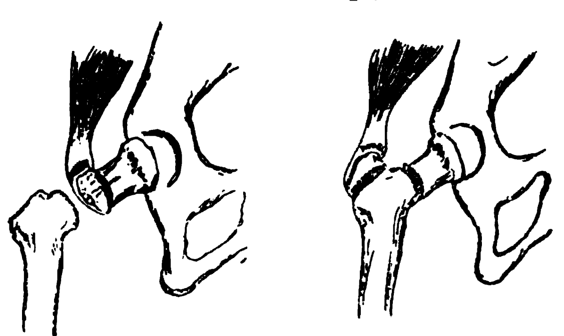
---

16) **R. Jones.** On the production of pseudo-arthrosis of the hip without disarticulation of the head.

(Brit. med. journ. 1908. Februar 29.)

An über 60 Fällen von Hüftgelenksversteifung hat J. verschiedene Arten der operativen Mobilisierung versucht, meist durch Entfernung von Kopf und Hals des Oberschenkels oder durch Einpflanzung von Fremdkörpern. In Fällen, wo aus Gründen des Choks, der langen Operationsdauer, hohen Alters die Entfernung des Oberschenkelkopfes

nicht angebracht erscheint, läßt er den Kopf zurück mit Hilfe folgender Operationsmethode: er meißelt den Trochanter major nebst Muskelansätzen ab, öffnet die Kapsel, trennt den Schenkelkopf vom Hals und schraubt den Trochanter an den Kopf, der in der Pfanne stecken



bleibt. So kürzt er die Operation ab, vermeidet den Chok der Kopfauslösung, verhindert das Wiederverwachsen mit Sicherheit. Er empfiehlt die Operation in erster Reihe beim Malum coxae senile, aber auch bei Ankylose infolge von Sepsis oder Tuberkulose.

Weber (Dresden).

---

17) K. Büdinger. Über traumatische Knorpelrisse im Kniegelenk.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 510.)

Die Arbeit schließt sich eng an eine frühere desselben Verf.s »über Ablösung von Gelenkteilen und verwandte Prozesse« an, bezüglich deren auf unser Referat in diesem Blatte 1907, p. 75 verwiesen wird. Schon dort ist eingehend über die Knorpelrisse, deren Entstehung, Anatomie, weiteres Schicksal, ihre klinische Bedeutung und chirurgische Behandlung die Rede gewesen. Seitdem ist B. analogen Veränderungen bei weiteren zwölf wegen traumatischer Gonitis ausgeführten Arthrotomien begegnet, worauf sich acht mitgeteilte Krankengeschichten beziehen. Bei der Operation dieser Fälle handelt es sich meist, wie bei den in B.'s erster Arbeit mitgeteilten, um Exzision von verschieden großen, verschiedentlich krankhaft veränderten Knorpelstücken, an denen die Spuren früherer Risse sichtbar und die in sieben Figuren abgebildet sind. Der Sitz der Risse war meist die Kniescheibe, die 8mal allein betroffen war, während die übrigen Fälle sich auf die Gelenkflächen des Ober- und Unterschenkels verteilen, dabei aber meist auch noch durch Risse an der Kniescheibe kompliziert sind. Die Risse entstehen entweder durch Berstung, insbesondere über subchondralen Hämatomen, und durch seitliche Verschiebung des Knorpelüberzuges — oder durch direkte Verletzung des Knorpels durch benachbarte Frakturen und sekundäre Aufrauhungen des Knorpels. Eine völlige Heilung im anatomischen Sinne bleibt problematisch, in der Regel wird eine übernarbte Delle im Knorpel hinterbleiben, im klinischen

Sinne aber ist spontane Heilung häufig, insofern die Verletzten wieder ein gut funktionierendes, beschwerdefreies Gelenk zurückerlangen. In den Fällen aber, die bleibender Beschwerden wegen operiert wurden, finden sich die Verletzungsspuren bald in Form einfacher oder vielfacher sich kreuzender klaffender Risse, lappenartiger Ablösungen oder Umkrempelung von Knorpelstücken, Unterminierungen usw. Die klinische Diagnose dieser Zustände ist auch mit Röntgen zu präzisieren unmöglich. Die Behandlung kann, wenn nach längerem Abwarten die Beschwerden stationär bleiben, nur in operativer Revision der Gelenke bestehen, und redet B. einer häufigeren Vornahme einer solchen, die bislang von den Chirurgen noch zu sehr gescheut wurde, das Wort. Erfordernis dabei ist allerdings strengste Asepsis, »fingerfreies« Vorgehen; auch ersetzt B. die Mulltupfer durch Wundabspülung. Wie schon in seiner früheren Arbeit empfiehlt B. seitlich-parapatellare Längsschnitte mit Abklappung der Kniescheibe und bei der Nachbehandlung sehr frühes Aufstehen der Kranken — schon am Tage nach der Operation! Der von Hoffa beschriebenen traumatisch-entzündlichen Hypertrophie des subpatellaren Fettgewebes ist B. bei seinen Operationen öfter begegnet. Er hält allzu reichliche Exzisionen dieser Fettpartien für die spätere Funktionsmechanik des Knies nicht für ganz unbedenklich. Nach seiner Erfahrung kann dieses subpatellare Lipom als einzige posttraumatische Veränderung vorkommen, jedoch ist das nicht häufig. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

18) **H. W. Jacob.** A method of reducing displaced internal semilunar cartilage.

(Brit. med. journ. 1908. März 7.)

J. empfiehlt auf Grund günstiger Erfahrungen eine erfolgreiche, schmerzlose und einfache Art den dislozierten Semilunarknorpel zu reponieren. Das im Knie gebeugt gehaltene Bein wird gegen den eigenen Oberschenkel als Hypomochlion kräftig und allmählich nach außen gezogen, d. h. der Unterschenkel wird im Knie abduziert. Während dies geschieht, muß der Kranke langsam sein Bein im Kniegelenk zu strecken versuchen. Dabei schnappt der verrenkte Knorpel hörbar zurück. Zuweilen sind mehrere Versuche nötig, um Erfolg zu haben. Wenn vorher keine Gehversuche oder Repositionsbewegungen gemacht worden sind, tritt nach dieser Methode auch keine Synovitis ein.

Weber (Dresden).

---

19) **F. L. Dumont.** Eine neue Methode der Amputatio cruris osteoplastica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 497.)

Die von D. beschriebene Unterschenkelamputationsmethode stammt von Dr. Elias Haffter in Frauenfeld (Schweiz), der sie seit Jahren mit bestem Erfolge übt. Sie besteht darin, daß die Fibula zur Deckung der Knochenstümpfe verwendet wird, und wird folgendermaßen ausgeführt. Sehr steiler Ovalärschnitt von innen oben nach unten außen,

die Haut durchtrennend. Medialerseits Schnittführung bis auf den Knochen durch das Periost. Hochschiebung des letzteren $^1/_2$—1 cm nach oben, in welcher Höhe die Tibia mittels Dratsäge durchtrennt wird. Folgt Ablösung der Weichteile von der Tibia weiter nach unten. Am unteren Ende des Ovalärschnittes wird die Fibula durchsägt, nachdem in gleicher Weise wie an der Tibia eine Periostmanschette gebildet wurde. Hierauf wird etwas unterhalb der Höhe der Durchsägung der Tibia aus der Fibula ein Keil mit der Basis gegen die Tibia herausgemeißelt. Dann gelingt es durch eine Hebelbewegung mittels einer die Fibula fassenden Zange leicht, den Fibulastumpf umzubiegen und die Sägefläche damit zu decken. Arterienunterbindung, Periost- und Hautnähte usw. Vier skizzierte Figuren veranschaulichen die Schnittführungen recht gut, fünf aus dem zahlreichen Gesamtmaterial ausgewählte Krankengeschichten nebst sieben Röntgenogrammen von sehr gut aussehenden geheilten Stümpfen sind des weiteren beigegeben, ebenso zum Schluß ein Literaturverzeichnis von 26 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) **Ewald.** Fußwurzeltuberkulose und ihre Diagnose mittels Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

An der Hand von vier Fällen bespricht Verf. die Frage, ob im Anschluß an ein Trauma eine Knochen- oder Gelenktuberkulose entstehen kann. Nach Aufführen der Stimmen dafür und dawider erklärt er sich selbst für den ursächlichen Zusammenhang, wie das im großen Ganzen auch in der Unfallpraxis längst gehandhabt wird. Verf. empfiehlt in allen Fällen, die irgendwie zweifelhaft sein können, die Röntgenographie zur Frühdiagnose tuberkulöser Prozesse herbeizuziehen, namentlich bei sog. »alten Fußverstauchungen«.

Gaugele (Zwickau).

21) **H. Iselin.** Die Wenzel-Gruber'sche fibulare Epiphyse der Tuberositas metatarsi quinti im Röntgenbild. Ein wahrscheinlich konstanter Befund im 13. oder 14. Lebensjahre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 561.)

Nachdem I. auf Röntgenbildern von 13jährigen Individuen zweimal auf der Außenseite der Tuberositas metatarsi V ein besonderer Knochenkern aufgefallen war, hat er nach diesem Befunde methodisch bei 25 gesunden 12 bis 15jährigen Knaben gesucht und gefunden, daß derselbe wahrscheinlich im 13.—14. Lebensjahre konstant ist. Es handelt sich hier um eine eigene Epiphyse, die von Wenzel-Gruber bereits beschrieben ist und für das sog. Os Vesalinum Bedeutung hat. Der fragliche Knochenkern ist klein und meist von schalenförmiger, auswärts konvexer Gestalt — vgl. die Umrißskizzen der I.'schen Röntgenogramme. Der Knochenkern hat bereits zu der falschen Annahme von Knochenbrüchen geführt, ein Irrtum, vor dem die Kenntnis von dieser Epiphysenbildung schützen wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

Vorschläge zur Verbesserung des Verbandpäckchens für den Feldsoldaten.

Von

Oberstabsarzt Dr. Deeleman in Kamenz i. Sa.

In allen bisherigen Verbandpäckchen hat das für den Selbstverband des Soldaten in der Gefechtslinie bestimmte Verbandstück dreierlei Nachteile:

1) es wird an der für die Wundbedeckung bestimmten Fläche sehr leicht durch Befingern, Anstreichen oder Hinfallen beschmutzt;

2) es wird, da es lediglich aus hydrophilen Stoffen (Mull, Watte) besteht, durch Regen oder Schnee sofort durchnäßt, während der Wundverband ein trockener sein soll;

3) seine Befestigung auf der Wunde mittels Rollbinde ist eine umständliche, zeitraubende und unsichere.

Diesen drei Übelständen kann, wie ich glaube, in folgender Weise zum Teil abgeholfen werden.

Ein kreisrundes, flaches Verbandstück von 10 cm Durchmesser (sog. Verbandscheibe) besteht aus einer vielfachen Schicht entsprechender Scheiben von sterilem Mull. Die Außenfläche dieser Verbandscheibe ist mit einer einfachen Lage Flanell von gleicher Form und Größe bedeckt. Die Innenfläche der Scheibe trägt einen $1^1/_2$—2 cm breiten Rand aus rauhhaarigem Barchent. Das Ganze wird durch zwei periphere Kreisnähte zusammengehalten (Fig. *b*). Die innere, von dem rauhen Barchentring umkreiste Mullfläche ist zum Auflegen auf die Wunde bestimmt. Um das Befingern und Beschmutzen dieser Innenfläche unmöglich zu machen, ist die Verbandscheibe in einem Durchmesser zusammengebrochen (Mull innen, Flanell außen). Die dadurch aufeinander gelegten halbkreisförmigen Ränder der beiden Scheibenhälften sind durch ein locker übergenähtes, $3^1/_2$ cm breites Leinenband miteinander verbunden. Durch dieses Verschlußband ist die Verbandscheibe geschlossen und ihre Innenfläche gegen jede unsaubere Berührung vollkommen geschützt (Fig. *a*). Soll die Scheibe auf die Wunde gelegt werden, so wird sie durch Abreißen des Verschlußbandes vorher geöffnet. Um das Abreißen des Bandes zu erleichtern, sind die beiden Enden desselben als Handhaben »lang gelassen«. Selbstverständlich darf das Verschlußband erst dann abgerissen werden, wenn die Scheibe sofort danach auf die Wunde gelegt werden soll.



Bei Regen oder Schnee wird die äußere, nicht hydrophile Decke aus Flanell das Innere der Verbandscheibe vor unerwünschter Durchnässung einigermaßen schützen, ohne die Verdunstung und Eintrocknung der Wundflüssigkeit zu hindern.

Für die Befestigung der Verbandscheibe auf der Kleinkaliberwunde ist meiner Ansicht nach das Klebeverfahren anzustreben. Schon Köhler hat vor längerer Zeit ein Verbandpaket empfohlen, welches u. a. eine Verbandscheibe enthielt mit einem klebenden Rand aus gestrichenem Kautschukheftpflaster. Seitdem hat sich das Aufkleben des provisorischen Schußwundenverbandes nach v. Bruns (mittels zweier über das Mullstück gelegter Heftpflasterstreifen) oder nach v. Oettingen

(mittels auf die Haut der Wundumgebung gepinselter Mastixlösung) in der ärztlichen Kriegspraxis vollkommen bewährt. Auf den Verbandplätzen und in den Lazaretten, auf Kuba, in Afrika und in der Mandschurei hat sich das Klebeverfahren in der Hand der Ärzte als viel einfacher, zweckmäßiger und sicherer erwiesen, wie die Verbandbefestigung mittels Rollbinden (Senn, Bertelsmann, Küttner, Goldammer, v. Oettingen).

Es wäre daher gewiß als ein Fortschritt zu begrüßen, wenn es gelänge, auch für den provisorischen Selbstverband des Verwundeten einen Weg zu finden, der schon in der Gefechtslinie den Soldaten gestatten würde, den Schußwundenverband nicht anzuwickeln, sondern anzukleben. Die für die Herstellung eines »Klebeverbandpäckchens« zu überwindenden Schwierigkeiten verkenne ich nicht. Klebstoffe verderben durch langes Lagern. Sie verderben auch, wenn sie mit dem Verbandpäckchen durch Hitze sterilisiert werden. Nach eingetretener Mobilmachung die Verbandpäckchen mit frischem Klebstoff zu versehen, wird nicht ausführbar sein. — Wenn ich mir trotzdem erlaube, einen Vorschlag zu machen, so geschieht es nicht in der Meinung, das Problem des Klebeverbandpäckchens sei von mir einwandsfrei gelöst; vielmehr in der Absicht, andere anzuregen, etwas Besseres auszusinnen. Mein Vorschlag ist folgender:

Als Klebemittel dient die v. Oettingen'sche Mastixlösung. Sie wird in einer kleinen, 4 cm langen und 1 cm dicken Zinntube (Fig. *c*) mit Gewindekorkverschluß dem Verbandpäckchen beigegeben. Die für unsere Zwecke von der Tubenfabrik vorm. Gebr. Koppe in Berlin konstruierte Tube wird aus zwei Teilen zusammengeschweißt, ist unten geschlossen und wird von oben gefüllt. Da das lagernde Päckchen von Zeit zu Zeit sterilisiert wird, so darf die Tube nicht in dasselbe eingeschlossen sein. Vielmehr wird das Päckchen zunächst ohne Tube hergestellt, indem die mittels Verschlußband geschlossene Verbandscheibe in das bekannte graue, wasserdichte Böddinghaus'sche Zwirntuch eingehüllt wird. Das so entstandene halbkreisförmige Päckchen wird nochmals halb zusammengebrochen, so daß es die Gestalt eines Kreisviertels annimmt. Zwischen die beiden Hälften des so zusammengebrochenen Päckchens wird die Zinntube gelegt. Dann werden die zwei offenen Seiten des Kreisviertels wiederum durch ein übergenähtes Band (äußeres Verschlußband) verschlossen, dessen Enden ebenfalls, um das Abreißen zu erleichtern, lang bleiben. So wird es ermöglicht, unter zeitweiliger Entfernung und nachträglicher Wiedereinschiebung der Tube, das uneröffnete Verbandpäckchen ab und zu zu sterilisieren oder die Tube auszuwechseln bzw. mit frischem Klebstoff zu füllen. Ein solches Klebeverbandpäckchen (Fig. *d*) wiegt 25 g, ist etwas kleiner als das offizielle deutsche Verbandpäckchen und enthält eine gedruckte Gebrauchanweisung.

Im Ernstfalle nimmt der Verwundete oder sein Kamerad das Päckchen aus dem vorderen Rockschoß der Uniform. Durch Abreißen des äußeren Verschlußbandes erlangt er die Tube, deren Deckel er durch Abschrauben entfernt. Die Ausflußöffnung der Tube ist etwas eng, damit der Inhalt nicht verschüttet werden kann. Mit der Tubenöffnung umkreist der Soldat die Wunde, 3—4 cm von ihr entfernt, indem er hinten sanft auf den Tubenbeutel drückt. Dies setzt er so lange fort, bis die Tube leer und die Haut der Wundumgebung mit dem Klebstoff ringsum drei Querfinger breit bestrichen ist. Jetzt erst wird das Verbandpäckchen geöffnet und die »unbeschmutzbar« verschlossene Verbandscheibe herausgenommen. Durch Abreißen ihres Verschlußbandes wird die Scheibe geöffnet und sofort mit ihrer Mullseite über die Wunde gelegt. (Das alles läßt sich viel schneller und einfacher ausführen als beschreiben.) Indem zuletzt die Hohlhand eine Minute lang sanft auf die Außenseite der Verbandscheibe gedrückt wird, klebt deren Innenseite (besonders der rauhhaarige Barchentrand) so fest auf der Haut an, daß der Verwundete mit unverschobenem Wundverband den nächsten Verbandplatz oder ein Lazarett erreichen wird. Hier wird entweder der Verband gewechselt, oder die Verbandscheibe bleibt liegen und wird durch einen übergeklebten oder übergewickelten größeren Mullverband in einen kunstgerechten Dauerverband ver-

wandelt. Selbstverständlich wäre es nicht unvorteilhaft, dem Verbandpäckchen außer der Zinntube auch noch eine kleine Rollbinde mitzugeben, damit für alle denkbaren Fälle beide Befestigungsmittel zur Verfügung stehen: Kleben und Wickeln.

---

22) **F. W. Jones.** The examination of the bodies of 100 men executed in Nubia in Roman Times.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

Verf. hatte Gelegenheit 100 Leichen aus römischer und byzantinischer Zeit in der Gegend des ersten Nilkatarakts zu untersuchen. Er beschreibt genau die Einwirkung der verschiedenen Todesarten auf das Skelett, so besonders des Gehängtwerdens auf die Knochennähte der Schädelbasis unter Beifügung interessanter Abbildungen: es findet sich eine ziemlich symmetrische Zersprengung dieser Knochennähte, so daß die Schädelbasis von ausgedehnten Fissuren durchzogen erscheint.

Weber (Dresden).

23) **I. Potârca.** Bemerkungen über die penetrierenden Wunden der großen Körperhöhlen durch die modernen kleinkalibrigen Geschosse und über die Vereinfachung des individuellen Verbandpaketes.

(Revista de chirurgia 1908. Nr. 4.)

Verf., Militärarzt, hat im Vorjahre während der Bauerunruhen Gelegenheit gehabt eine größere Anzahl von Schußwunden zu behandeln, die meist durch das Geschoß des Manlichergewehres, Kaliber 6,5 cm, hervorgerufen worden waren. Es zeigte sich, daß der weitaus größte Teil der betreffenden Wunden einen kleinen Umfang hat, und daß infolgedessen ein kleiner Verband genügend ist, um selbst die, welche große Körperhöhlen eröffnen, in vollkommen hermetischer Weise abzuschließen. P. empfiehlt deshalb ein Verbandpäckchen, das eine Anzahl Lagen Gaze, einen Zinntubus mit Kollodium und ein am Ende mit Watte umwickeltes Stäbchen enthält, mit dem das Kollodium auf die Gaze aufgetragen wird.

E. Toff (Braila).

24) **B. Rutschinski.** Zur Frage von den multiplen Fibromen.

(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 6. [Russisch.])

Bei der Sektion der 75 Jahre alten Pat. fand man folgende Geschwülste: ein Fibrom im großen Netz, $15 \times 13 \times 7$ cm groß, mehrere Fibromyome am Uterus, mehrere Fibrome in der rechten Mamma; in beiden Ovarien je eine Cyste, faust- bzw. eigroß; Hydrosalpinx links; Karzinomknoten in beiden Lungen, in der Leber, in einer Bronchial- und mehreren Retroperitonealdrüsen. Die Netzgeschwulst hatte Pat. vor 38 Jahren bemerkt, sie war vollständig unabhängig vom Darm und von den Genitalien.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

25) **Morestin.** Sarcome développé sur un lupus.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 8.)

Im Gegensatz zu den viel häufigeren Karzinomen entwickelte sich in diesem Falle aus einem Lupus vulgaris des Gesichtes ein großzelliges Spindelzellsarkom, welches mehrfachen Operationen zu Trotze zum Tode führte.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

26) **Weber.** Acute cases of Hodgkin's disease (Lymphadenoma).

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XLIII. London 1908.)

Aus W.'s Erörterungen über die Differentialdiagnose der Hodgkin'schen Krankheit gegenüber Syphilis, Tuberkulose und atypischer Leukämie ist als in chirurgischer Hinsicht bedeutsam hervorzuheben, daß es — besonders bei Affektion

der Halslymphdrüsen — Formen von Drüsentuberkulose gibt, die klinisch vom Lymphadenom nicht zu unterscheiden sind; auch tritt nicht selten in den von der Hodgkin'schen Krankheit befallenen Drüsen eine Sekundärinfektion mit Tuberkulose ein, wie es W. in einem Falle erlebte. Diese Kombination beider Erkrankungen kommt wahrscheinlich häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen vor, und zwar in der Form multipler Drüsentuberkulose. **Mohr** (Bielefeld).

27) **Axhausen.** Osteogenesis imperfecta oder frühe Osteomalakie als Grundlage der idiopathischen Osteopsathyrosis?

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 42.)

A. beantwortet die in dem Titel seiner Arbeit aufgeworfene Frage zugunsten der frühen Osteomalakie. Er stützt sich dabei auf mehrere von ihm in Kiel gemachte Beobachtungen, von denen die beiden ersten rein klinisch sind. In Fall 1 handelt es sich um ein 12jähriges Mädchen mit stark verbogenen und abnorm weichen Beinknochen, in Fall 2 um eine 32jährige Näherin mit vielfachen Skelettanomalien, Verkrümmung von Wirbelsäule und Extremitäten, Schnabelbecken, Coxa vara. Beide Fälle entsprechen klinisch ungleich mehr der Osteomalakie als der Rachitis, und bezüglich des zweiten Falles vermutet A., daß die Pubertätsentwicklung durch die Blutkongestion zu den Genitalien in ähnlicher Weise die Osteomalakie verursachen kann, wie ein Puerperium. Noch wichtiger sind die einen dritten Fall betreffenden genauen makro- und mikroskopischen Untersuchungen an den Knochen eines von Neuber amputierten Beines, das, einem 16jährigen Knaben gehörig, nach Voraufgehen von Verkrümmungen und Frakturen im Skelett weich geworden, als nutzloses Körperanhängsel beseitigt wurde. Beigegebene Röntgenogramme zeigen die hochgradige Atrophie der Knochen, die Frakturen und Verkrümmungen, die Dünne der Schäfte, das Fehlen der Compacta und einer irgendwie erheblichen Menge kalkhaltigen Knochens. Sehr genau werden die histologischen Befunde beschrieben, worüber des näheren auf das Original verwiesen wird. Als wesentlich hebt A. eine auffallende Störung der Tätigkeit der knochenbildenden Zellen im Marke hervor. Quantitativ, indem in dem Bezirk der Knorpelauflösung jede wandständige Knochenablagerung ausbleibt oder doch nur äußerst spärlich erfolgt; qualitativ, indem der ausgebildete Knochen oft lange kalklos bleibt. Der Knochen selbst zeigt die gleiche Störung, dem Wachstum desselben entsprechende energische Resorptionsvorgänge, ohne daß aber die übrigens reichlich anwesenden Osteoblasten in annähernd entsprechendem Verhältnis neues Knochengewebe liefern.

Die Literatur neueren Datums wird im Text der Abhandlung herangezogen und dabei mancher von den Autoren (Doering, Lorsen) anders gedeuteter Fall auch für die »frühe Osteomalakie« in Anspruch genommen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **R. Birnbaum.** Beitrag zur Kenntnis der Todesfälle nach Lumbalanästhesie mit Stovain. (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in Göttingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 9.)

B. berichtet über einen Todesfall nach Lumbalanästhesie mit Stovain, der eine 53jährige Frau betraf, bei welcher wegen Vorfalles des myomatösen Uterus die vaginale Totalexstirpation usw. vorgenommen worden war. Bald nach der Operation entwickelte sich eine zunehmende Verwirrtheit der Pat. am 5. Tage trat vollkommene Benommenheit mit meningitischen Symptomen und am 9. der Tod ein. Die Sektion ergab keine Meningitis, dagegen schwere Hirnarteriosklerose, die im Leben vor der Operation keine besonderen Erscheinungen gesetzt hatte, und zahlreiche kleinere und größere Erweichungsherde.

B. nimmt an, daß sich zu der vorhandenen Zirkulations- und Ernährungsstörung im Gehirn als schädigendes Moment die Wirkung der Lumbalpunktion und des Stovains auf die vasomotorischen Zentren summiert habe, und rät in allen

Fällen, wo Verdacht auf Gehirnarteriosklerose vorhanden ist, von der Medullarnarkose Abstand zu nehmen. **Kramer** (Glogau).

29) **Wight.** Pulmonary complications following anaesthesia.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. März.)

Seit August 1903 wurden in der gynäkologischen Abteilung des Johns Hopkins Hospital 9000 Narkosen ausgeführt; 29 Narkotisierte bekamen eine Pneumonie, 6 von diesen starben (21%). In 24 Fällen begann die Pneumonie innerhalb der ersten 8 Tage nach der Narkose, unter den 5 übrigen Fällen kann nur 1mal die Narkose als Ursache der Pneumonie angesehen werden. 12mal handelte es sich um lobäre, 17mal um lobuläre Pneumonie. Als Narkotika hatten gedient: Chloroform allein oder mit Äther, Äther allein oder mit Stickstoffoxydul, 1mal Kokain und Lachgas.

Nur in 4 unter diesen 29 Fällen hatte die Narkose weniger als 1 Stunde gedauert, in 11 Fällen mehr als 2 Stunden. Die Wundheilung wurde durch die Pneumonie niemals gestört.

Seit Einführung der Äthertropfnarkose haben die Erkrankungen an Pneumonie erheblich nachgelassen.

Vergleich mit anderen Statistiken. **W. v. Brunn** (Rostock).

30) **Coste.** Stauungshyperämie bei akut entzündlichen Krankheiten.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Nach den von C. an 270 Fällen des Breslauer Garnisonlazaretts gemachten Erfahrungen, über die ausführlich berichtet wird, liegt der Hauptanteil der Bier-schen Methode in der günstigen Beeinflussung der Narbenbildung und in der Vermeidung der sonst so häufigen Funktionsstörungen. Daß sie einen wesentlichen und entscheidenden Einfluß auf die Begrenzung der Phlegmonen habe, davon konnte sich C. nicht überzeugen. Wenn es auch manchmal gelingt, ohne Inzision die Infektion zu beseitigen, so blieb doch für den Stillstand der letzteren, besonders bei schweren Infektionen, die Inzision das ausschlaggebende Moment.

Kramer (Glogau).

31) **A. W. Gregory.** Über die Behandlung granulierender, durch Trauma erzeugter Wunden mit Stauungshyperämie.

(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 1. [Russisch.])

Bekanntlich wird die Heilung granulierender Wunden oft sehr verzögert durch Fibrinbildung und Pyocyaneusinfektion. In solchen Fällen, wo alle anderen Mittel im Stich ließen, sah G. raschen Erfolg bei Anwendung der Stauungsbinde (20 bis 22 Stunden täglich). Von seinen zehn Fällen bringt er die Beschreibung dreier exquisiter Erfolge, wo nach 2 Wochen die Wunde sich reinigte und nach 5—6 heilte.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

32) **F. Kirchberg.** Schutz der Haut bei der Massage.

(Med. Klinik 1908. p. 413.)

Für die meisten Massagen zu Heilzwecken und zum Zwecke der allgemeinen Gesundheitspflege wird weiße Virginiavaseline, für besondere Fälle (Haut der Zuckerkranken, Ödematösen, bei Reizungszuständen) Lenicetsalbe, d. h. homogene weiße amerikanische Vaseline mit polymerisierter trockener essigsaurer Tonerde, empfohlen. **Georg Schmidt** (Berlin).

33) **Lévi et de Rothschild.** Contribution au traitement thyroïdien du rhumatisme chronique.

(Bull. de l'acad. de méd. 1908. Nr. 10.)

Die schon früher von Lancereaux und anderen empfohlene Behandlungsweise des chronischen Gelenkrheumatismus wurde 39 mal erprobt. Die Beobachtungsdauer betrug zum Teil mehrere Jahre.

Unter den Behandelten waren 19 Pat. mit allgemein schweren Gelenksdeformitäten, die zum Teil mehrere Jahre bettlägerig waren, oder mit Ankylosen, Gelenksdeformitäten, rezidivierenden Anfällen u. dgl.; davon wurden 14 gebessert, zwei völlig geheilt.

Die übrigen 20 Fälle waren mittelschwere und wurden bis auf zwei geheilt.

Die Behandlung bestand in 1—3mal täglicher Verabreichung von 0,1 g getrockneter Hammelschilddrüse. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

34) **S. Flatau** (Nürnberg). Zur Sterilisation der Gummihandschuhe.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 13.)

Um auch die Innenfläche der Gummihandschuhe zu sterilisieren — was bei der Zerreißlichkeit derselben notwendig ist —, werden diese über ein dünnes Drahtgestell in Handschuhform gestülpt und so ausgespreizt nun im Dampfapparat sterilisiert und armiert aufbewahrt. Nach dem Gebrauche werden sie gereinigt und auf dem »Spreizer« getrocknet. (Bezugsquelle: P. Walb in Nürnberg.)

Kramer (Glogau).

35) **M. Claudius.** Sterilisering af Metallinstrumenter.

(Hospitalstidende 1908. p. 458.)

Verf. macht darauf aufmerksam, daß der Grund, weshalb Messer beim Kochen in Soda- oder Boraxlösung stumpf werden, darin liegt, daß das Eisen und das Nickel mit der Salzlösung zusammen eine galvanische Kette bilden, was zur Folge hat, daß das Eisen wie ein Salz aufgelöst wird. Wenn man dahingegen die Instrumente in einer alkalisch reduzierenden Flüssigkeit kocht, wird die Oxydierung verhindert. Verf. empfiehlt eine Lösung von 1—2% Soda und 1—2% Melis in destilliertem Wasser. **Einar Key** (Stockholm).

36) **N. Ellerbroek.** Beobachtungen über Schulterluxationen nach hinten nebst einer Übersicht über alle vom 1. Januar 1890 bis 1. Januar 1907 in der Göttinger chirurgischen Poliklinik beobachteten Luxationen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 453.)

Während des im Titel bezeichneten Zeitraumes betrug die Gesamtzahl der der Göttinger Poliklinik zugeführten Verrenkungen 584, wovon auf das Schultergelenk 172 entfallen; zehn von letzteren waren Verrenkungen nach hinten. Die Arbeit beschäftigt sich speziell mit diesen Fällen, bringt ihre Krankengeschichten nebst mehreren Photogrammen und erörtert diese Verrenkungsform kurz im allgemeinen. Von den zehn Pat. waren acht männlichen, zwei weiblichen Geschlechts. Die Art der Fälle war mannigfach verschieden. Neben den die Mehrzahl bildenden Fällen frischer und unkomplizierter Verletzung findet sich auch ein Pat. mit gleichzeitigem Oberarmbruch, ein anderer (2½jähriges Mädchen) mit gleichzeitigem Schlüsselbeinbruch. Ein Fall wird als pathologische Spontanluxation wahrscheinlich infolge von Humerussarkom angesprochen, in einem anderen, wo die Verrenkung zufällig bemerkt wurde, handelt es sich um einen von klein auf bestehenden Krankheitszustand, also entweder um eine angeborene Verrenkung oder, was wahrscheinlicher, eine durch geburtshilfliche Operation veranlaßte. In einem Fall endlich lag eine habituelle Verrenkung vor. Bei den gewöhnlichen unkomplizierten traumatischen Fällen handelt es sich meist um eine direkte, den Oberarmkopf gerade nach hinten drückende Gewalt. Es entsteht ein ziemlich großer Riß der hinteren Kapselwand, fast stets kompliziert durch Abreißung des M. subscapularis. Aber auch durch starke Muskelbewegung (Armschleudern), sowie durch epileptische Krämpfe kann die Verrenkung erfolgen. Die Einrenkung gelingt der Größe des Kapselrisses wegen meist leicht. Ob durch geburtshilfliche Lösung der Arme häufig Verrenkungen entstehen, ist zweifelhaft, da sich die Ansichten der Autoren hierüber widersprechen. Die Möglichkeit der Verletzung auf diesem Wege ist jedenfalls zuzugeben, ebenso wie das Vorkommen wirklich angeborener Schulterverrenkungen, die aber selten sind.

Betreffs der statistischen Zahlen der übrigen zur Beobachtung gelangten Verrenkungen sei auf das Original verwiesen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **Staffel.** Kompressionsfraktur des Humeruskopfes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Verf. kommt auf Grund der Beschreibung eines von der Leiche erhaltenen Präparates im Vergleich mit den klinischen Erscheinungen und dem im Leben erhaltenen Röntgenbilde zu der Ansicht, daß sich manche Brüche des Schultergelenkkopfes im anatomischen Halse bei sehr geringer Verschiebung der Bruchflächen der Diagnose völlig entziehen können. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

38) **W. Lossen.** Beiträge zur extrakapsulären Radikalresektion des tuberkulösen Ellbogengelenks.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 120.)

Die Grundsätze Bardenheuer's für Indikation und besonders Technik der Ellbogenresektion sind außer von Schülern Bardenheuer's von diesem selbst schon früher besprochen, und verweisen wir auf das Referat in unserem Blatte 1907, p. 363, das sich auf die eigene Mitteilung Bardenheuer's bezieht. Bardenheuer gab damals in seiner zum Jubiläum v. Bergmann's erschienenen Schrift (1906) auch schon, auf die jetzt vorliegende Arbeit L.'s sich im voraus beziehend, eine Übersicht über die von ihm in 74 Fällen erreichten Resultate, worüber, um Wiederholungen zu vermeiden, ebenfalls auf unser damaliges Referat verwiesen werden kann. Die Arbeit L.'s gibt die statistischen Einzelnheiten des Beobachtungsmateriales, hinsichts Alters der Resezierten, das von 1—63 Jahren schwankte, Häufigkeit von hereditärer Belastung, von ätiologisch in Frage kommendem Trauma, Frequenz der ostalen und synovialen Erkrankungsform usw., einen Vergleich der Bardenheuer'schen Erfolgsstatistik mit den Erfolgen anderer Chirurgen und anderer Behandlungsmethoden, endlich die in Kürze wiedergegebenen Krankengeschichten, denen Röntgenbilder und mehrere Photogramme geheilter Pat. beigegeben sind. Mehr als der Text der Arbeit lehren diese Bilder, welche vier Personen verschiedenen Alters und Geschlechtes betreffen und die ausgezeichnete aktive Beweglichkeitsfunktion der resezierten Ellbogen zeigen, die Leistungsfähigkeit der Bardenheuer'schen Operation. Ebenso sind die Röntgenogramme als interessant hervorzuheben. Sie stellen dar: zwei aktiv bewegliche Gelenke, deren eines gut die der Bardenheuer'schen Methode eigentümliche Gabelbildung im Humerus sehen läßt, ein synostotisch festes Gelenk mit Pronationsmöglichkeit, ein gleiches ohne solche, endlich ein aktives Schlottergelenk.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

39) **Quadflieg** (Bardenberg). Über einen Fall von traumatischer Luxation des N. ulnaris dexter.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 9.)

Der 35jährige Bergmann war mit dem rechten Ellbogengelenk zwischen Schachtgerüst und Balken geraten und hatte dabei eine Lähmung des rechten Armes und an der Innenseite desselben oberhalb des Ellbogengelenks eine 5 cm lange Quetschwunde sich zugezogen; er kam erst längere Zeit danach ins Krankenhaus, in dem die Verschiebung des verdickten und entzündeten Ulnaris nach vorn über den Epicondylus internus humeri nachgewiesen wurde. Der Nerv glitt bei Streckung des Gelenkes in den Sulcus ulnaris zurück, um bei Beugung wieder nach vorn zu rutschen. Die in Festnähung des Epineurium an die Sehne des M. triceps bestehende Operation führte zu allmählicher Besserung und schließlich zur Heilung der Neuritis; nur ein geringes Taubsein im Kleinfinger ist zurückgeblieben.

Kramer (Glogau).

40) **A. Capaldi.** Ein Sarkom am Amputationsstumpfe nach 20 Jahren. (Aus der Königsberger chirurg. Universitätsklinik. Prof. E. Lexer.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 10.)

Dem 55jährigen Pat. war wegen Maschinenverletzung der linken Hand und linken des Vorderarmes dieser unterhalb des Ellbogengelenks im Jahre 1886

amputiert worden; er trug keine Prothese. 1907 kolbige Verdickung des Amputationsstumpfes von Kindskopfumfang, weicher Konsistenz und stellenweise mit Fluktuation, mit dem Knochen nicht zusammenhängend. Amputation im oberen Drittel des Humerus; Heilung.

Die Geschwulst bestand teils aus fibromatösem, teils aus Sarkomgewebe, war nicht vom Periost oder Knochen und ebenso nicht aus einem Amputationsneurom entstanden; ein vor einiger Zeit erlittenes Trauma mag das Wachstum beschleunigt haben.

Kramer (Glogau).

41) **Franke.** Zur Anatomie der Madelung'schen Deformität der Hand.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 156.)

Die Rostocker Klinik hatte durch den an Hirnabszeß erfolgten Tod einer mit Madelung'scher Handdeformität behafteten 37jährigen Pat. Gelegenheit, deren Vorderarme genauestens anatomisch zu untersuchen. Prof. Müller hat die wichtigsten klinischen und anatomischen Eigenheiten des Falles bereits auf der vorjährigen Naturforscherversammlung mitgeteilt, und ist auf seinen diesbezüglichen Selbstbericht in unserem Blatte 1907, p. 1333, zu verweisen. F.'s Arbeit bringt die näher eingehenden anatomischen Beschreibungen nebst neun photo- bzw. röntgenographischen Abbildungen, die als interessant und lehrreich hervorzuheben sind. Das Endresultat der Untersuchungen läuft auf eine Bestätigung der Madelung'schen Theorie betreffs des Wesens der nach ihm benannten Deformität hinaus. Danach ist das Primäre bei Entstehung derselben eine Wachstumsstörung des Epiphysenknorpels des Radius, und die Deformität der Hand kommt durch eine Verkrümmung der Epiphyse selbst zustande. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

42) **Ebermayer.** Über (isolierte) Verletzungen der Handwurzelknochen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

Verf. berichtet über die Verletzungen an den Handwurzelknochen aus der Münchener chirurgischen Universitätsklinik. Mit Recht führt er aus, daß die Kenntnis der Handgelenksknochenbrüche erst durch die Röntgenologie zur vollen Entwicklung gekommen ist.

Die natürliche Wechselbeziehung hat es aber mit steigender Kenntnis der Fraktur bewirkt, daß jetzt auch ohne Benutzung der Röntgenstrahlen die Diagnose schon mit ziemlicher Sicherheit gestellt werden kann. So wissen wir heute, daß bei dem Bruche des Kahnbeines ein isolierter Druckpunkt in der Tabatière als pathognomonisch für diesen Bruch angenommen werden muß, besonders wenn noch eine lebhafte Schmerzhaftigkeit der radialen Abduktion und Flexion besteht.

Auf dem Leuchtschirme fällt bei dem Kahnbeinbruch ein Klaffen der Bruchstücke bei der Adduktion der Hand und ein Verschwinden des Bruchspaltes bei der Abduktion auf. Daraus ergibt sich als Fixationsverband ein solcher bei Flexion und Radialabduktion, so daß man am einfachsten eine linksseitige Schede'sche Schiene bei dem rechtsseitigen Kahnbeinbruch verwendet und umgekehrt. Die Resultate sind nicht befriedigend. Die Mehrzahl der Kahnbeinbrüche heilt pseudarthrotisch; sehr häufig schließen sich ferner Arthritiden bald leichteren, bald schwereren Grades mit folgender Deformierung an.

Gar nicht selten fand Verf. isolierte Frakturen des Mondbeines, die anderweitig kaum beschrieben sind. Die Fraktur ist als eine Kompressionsfraktur zu betrachten, durch Fall auf die überstreckte Hand; oft sind nur geringe Gewalteinwirkungen vorausgegangen. Die Resultate der Mondbeinbrüche sind wenig gut. Meist folgen auch hier deformierend arthritische Prozesse.

Brüche des Os triquetrum wurden bis jetzt kaum gesehen. Verf. hat zwei isolierte beobachtet; auch hier handelt es sich um Kompressionsfrakturen. Das Heilresultat auf der Schede'schen Schiene ist ein gutes zu nennen, bei knöcherner Verheilung. Endlich beschreibt Verf. noch die äußerst seltenen Frakturen an den Ossa multangula und am Os capitatum. Der Heilerfolg war ein befriedigender, ähnlich wie in dem Fall einer isolierten Fraktur des Os hamatum. Ist das Os hamatum verrenkt, so dürfte die Exstirpation des Knochens das Zweckmäßigte sein.

Am Schluß der Arbeit berichtet E. noch über einige Fälle kombinierter Handgelenksfrakturen; das anatomische Resultat ist in solchen Fällen immer ein ungenügendes, zumal hier erst recht ausgedehnte arthritische Veränderungen einzutreten pflegen.

Der Arbeit sind 23 Krankengeschichten beigefügt; ferner eine große Zahl tadelloser seltener Röntgenogramme. **Gaugele** (Zwickau).

43) **H. Burrows.** Punch fractures.

(Brit. med. journ. 1908. März 28.)

B. lenkt auf Grund von neun Fällen die Aufmerksamkeit auf häufig vorkommende und häufig übersehene Frakturen der Metakarpalknochen, die beim Aufschlagen mit der geschlossenen Faust entstehen, z. B. beim Boxen, bei Stoß gegen die Faust usw. Die beobachteten Brüche betreffen die Diaphyse des ersten Metacarpus, seine untere Epiphyse, Kopf oder Schaft eines der übrigen Mittelhandknochen, Basis des fünften Metacarpus. Auffallend häufig fand B. bei Seeleuten palpatorisch und röntgenographisch eine Verdickung der Basis des Daumenmetacarpus, die er auf eine vorausgegangene Fraktur bezog, den sogenannten Bennett'schen Knochenbruch. **Weber** (Dresden).

44) **P. Klemm.** Die chirurgische Behandlung der Verbrennungskontrakturen der Hand und Finger durch Wanderlappen-Fernplastik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 280.)

K. berichtet über mehrere Kinder betreffende Fälle schwerster Narbenkontrakturen an den Armen und Händen, die von ihm durch verschiedentliche plastische Operationen in schöner Weise hergestellt sind. Sind über den Gelenken einer Extremität dicke, flughautähnliche Narbenstränge zustande gekommen, die die Gelenkbewegungen hindern, so kann nach deren Trennung eine Wunddeckung mit Thiersch'schen Hautläppchen nichts nützen, es bedarf der Aufpflanzung eines Cutis enthaltenden Polsters, sei es durch Heranziehung aus der Nachbarschaft herbeigeholter gestielt bleibender Lappen, sei es durch Anwendung von Wanderlappen, die von der Brust-, Bauch- oder Oberschenkelgegend her zu entnehmen sind. Für Schulter und Achselhöhle (auch das Kinn) sind die plastischen Operationen aus nächster Umgebung, für den Ellbogen und die Hand die Benutzung der Wanderlappen geeignet. Man kann die Wanderlappen als Brücken- oder als Muffenlappen zurechtpräparieren, je nachdem man den stets viereckigen Lappen an nur einer Seite oder an zwei gegenüberstehenden gestielt macht. Nur einseitig gestielte Lappen behalten ihre Zirkulation nicht weniger schlecht als die zweiseitig gestielten, haben vor diesen aber voraus, daß man sie viel besser und genauer auf den zu deckenden Teil der Extremität vernähen kann. In der Zeit, wo der Lappen an diese anzuwachsen hat, und in der der Pat. einen festen Verband erhält, haben die kleinen Pat. K.'s sich ganz schön ruhig verhalten, weil sie rasch genug merkten, daß jede Bewegung ihnen durch Zerrung an den Nähten Schmerzen machte, die bei ruhiger Haltung nachließen. Sind die kutanen Lappen erst gut angeheilt, so ist durch tüchtige gymnastisch-mechanische Nachbehandlung dafür Sorge zu tragen, daß die lange fixiert gewesenen Gelenke wieder flott werden, wobei auch zustandegekommene Difformitäten der Gelenkenden zur Korrektur gelangen. Die Krankengeschichten von K.'s fünf Fällen, denen Abbildungen der betreffenden Glieder vor und nach der Behandlung beigegeben sind, zeigen die guten erreichten Resultate. Die Fälle sind alle sehr schwerer Art.

Unter den klinischen Formen der Verbrennungskontrakturen an der Hand unterscheidet K. eine dorsale und volare Klumphand, je nachdem dorsale oder volare Flexionskontrakturen vorhanden sind. Für die Behandlung dorsaler Kontraktur rühmt er einen Apparat von Thilo: einen Handschuh, dessen Finger in kleine Binden auslaufen, die an der Handwurzel geschnallt werden können, so daß auf diese Weise ein beliebig dosierter Druck stundenlang angewendet werden kann. Durch eine in die Vola manus gelegte Rolle kann diese Druckwirkung noch spezieller auf bestimmte Gelenkverbindungen gerichtet werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) O. Creite. Über Dactylitis syphilitica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 70.)

Eine Beobachtung aus der Göttinger Klinik, betreffend eine 31jährige Frau, die, sonst gesund, insbesondere frei von luesverdächtigen Erkrankungen und Mutter eines gesunden Knaben, eine eigentümliche, sehr chronische, im Anfange 10 Jahre zurückdatierende Affektion des 2. und 3. Fingers der rechten Hand darbot. Langsam und unter bohrenden Schmerzen stellte sich an der mittleren Phalanx eine feste, fast knochenharte Anschwellung ein, und wurde dieser Fingerteil bläulich gefärbt, seine Haut gespannt. Später traten auch hirsekorngroße Wasserbläschen der Haut auf, welche eintrockneten. Während es niemals zu Hautaufbrüchen und Fisteln kam, die Anschwellung auch zurückging, erkrankten die anliegenden Interphalangealgelenke, die erst wackelig wurden, dann aber versteiften, während durch Knochenzerfall und Resorption an den Phalangen erhebliche Verkürzungen und Deformierungen zustande kamen. Mehrere Röntgeno- und Photogramme veranschaulichen diesen Prozeß. Im Anfang wurde die Affektion als tuberkulös angesprochen und deshalb Jodoforminjektion angewendet, doch bestätigte sich diese Diagnose wegen Ausbleibens jeglicher Eiterung und Fistelbildung nicht. Später wurde 1 Jahr lang mit geringen Unterbrechungen Jodkali gegeben, wonach der Prozeß zum Stillstand und zur Ausheilung gelangte. Er muß also trotz völligen Versagens der Anamnese und trotz Fehlens sonstiger luetischer Affektionen als luetisch betrachtet werden und ist als Gummabildung mit nachträglicher Resorption deutbar. Der Fall ist sehr eigenartig, hat aber, wie C. zeigt, ein paar Analoga in der Literatur.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

46) R. R. Wreden. Eine Handprothese mit aktiven Bewegungen in den Fingern.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 7.)

W. führte bei einem 22 Jahre alten Arbeiter die Operation nach Vanghetti's Idee aus. Pat. war als Kind die linke Hand in der Höhe des Metacarpus amputiert worden. W. bildete eine Schlinge aus der Sehne des Flexor digit. superficialis, nähte sie an die Sehne des Flexor profundus, bedeckte sie mit Hautlappen aus der Umgegend (6 Fig.). An diese Schlinge wurde der Hebel einer künstlichen Hand mit beweglichen Fingern (nach Dalisch's System) befestigt. Pat. kann nun mit dem großen, Zeige- und Mittelfinger gut zufassen und Gegenstände bis beinahe 5 kg tragen. — Nach W. hat Vanghettti's Methode Aussicht auf große Verbreitung in der nächsten Zeit.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

47) Wilms. Überkorrektur bei Nagelextension (Steinmann).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 260.)

W. extendierte die Oberschenkelfraktur eines kräftigen 30jährigen Mannes nach Steinmann (cf. unser Blatt 1907 p. 938), unter Anwendung von 25 Kilo in den ersten 8 Tagen, von 15 Kilo während der 2. Woche mit dem Resultat, daß, wie Röntgen zeigte, eine Fragmentdiastase von fast 3 cm bewirkt war. Vorsicht im Maße der Belastung bei dieser Behandlungsart ist also geboten, für Extension mit Heftpflasterverband bei Oberschenkelbruch werden 15—20 Kilo völlig ausreichen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

48) E. Martina. Sopra un nuovo apparecchio di cura delle fratture della coscia.

(Giorn. della roy. accad. di med. di Torino 1907. Nr. 12.)

49) Derselbe. Sopra un nuovo apparecchio di cura delle fratture del braccio.

(Ibid.)

Die ideale Behandlung der Frakturen der langen Röhrenknochen verlangt Immobilisierung, permanente Extension und zugleich Fürsorge für die Funktion

des Gliedes. Diesen drei verschiedenen Forderungen soll der vom Verf. angegebene Verband gerecht werden. Bei Frakturen des Oberschenkelschaftes wird ein Gipsverband angelegt, der die Femurkondylen, Unterschenkel und Fuß umfaßt. Ein zweiter Gipsverband umfaßt die kranke Hüfte und das gesamte Becken, so daß die Bruchstelle völlig freiliegt. Fünf durch zwei seitliche Schienen verbundene Stahlplatten werden mit Kettchen und einigen Gipsbindentouren auf den Gipsverbänden fixiert und ermöglichen die genaue Immobilisation der Bruchstelle, die gleichzeitig mit Eisblase und frühzeitiger Massage behandelt werden kann und ständig der Kontrolle des Auges unterliegt bzw. den Röntgenstrahlen ausgesetzt werden kann. Von den fünf Stahlplatten haben die beiden unteren |—|-Form und kommen in Höhe der Kondylen und des Knies zu liegen; ein oberes Paar stellt gelenkig verbundene Halbbogen dar und wird oberhalb der Bruchstelle befestigt, während die fünfte Platte an der Außenseite der Extremität, in der Höhe der Spina iliaca anterior, angebracht wird. Die seitlichen Schienen sind durch Schrauben verstellbar und ermöglichen dadurch eine ständige allmähliche Extension der gut immobilisierten Frakturenden.

Ganz analog ist die für Oberarmbruch angegebene Bandage. Die Gipsverbände umfassen Ellbogen und Vorderarm einerseits, Achselhöhle, Schulterhöhe und Brust andererseits. Der Schienenapparat besteht aus zwei seitlichen Schienen, die einen oberen und unteren Stahlplattenbogen verbinden. Die oberen Platten umfassen Achselhöhle und den obersten Humerusabschnitt, die unteren liegen zu beiden Seiten des Ellbogens. **Strauss** (Nürnberg).

50) **K. Dahlgren.** Fall af sentransplantation.

(Hygiea 1908. p. 184.)

Bei einem 31jährigen Manne mit vollständiger Lähmung des M. quadriceps femoris dext. und herabgesetzter Kraft in den Adduktoren, Mm. sartorius und tensor fasciae latae nach traumatischer Hämatomyelitis transplantierte Verf. den M. semimembranosus und die halbe Sehne des M. biceps, dem langen Kopf entsprechend. Die Sehnen wurden an das Periost der Kniescheibe und in eine Rinne der Quadricepssehne eingenäht. Das Resultat war vorzüglich. Pat. konnte, als die Nachuntersuchung vorgenommen wurde, ungestört gehen und radfahren. Alle aktiven Bewegungen im Kniegelenk wurden in voller Exkursionsweite ausgeführt. **Einar Key** (Stockholm).

51) **A. Stieda.** Über eine typische Verletzung am unteren Femurende.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

S. beschreibt an der Hand eines anatomischen Präparates und einer Reihe von klinisch beobachteten Fällen einen typischen Bruch am unteren Femurende, bei dem die obere Partie des Epicondylus femoris internus abgebrochen ist. Die Verletzten gaben meist an, daß sie mit der Innenseite des Knies aufgefallen waren oder einen Schlag, bzw. Stoß daselbst erlitten hatten. Wahrscheinlich spielt Abreißung durch Muskelzug die Hauptrolle bei dieser Schädigung, die sich stets bei erwachsenen Männern fand. Klinisch war das Hauptsymptom Druckempfindlichkeit in der Gegend des oberen Epicondylusabschnittes. Funktionsstörungen traten gewöhnlich nicht ein. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.)

52) **Lord Lister.** Remarks on the treatment of fractures of the patella of long standing.

(Brit. med. journ. 1908. April 11.)

Diese Bemerkungen L.'s über Kniescheibennaht sind in einem Briefe an einen Chirurgen enthalten, der aus dem Jahre 1895 stammt und hier vom Verf. zum Abdruck gebracht wird. L. operierte zwei Kniescheibenbrüche von 3 und 4 Jahren Dauer mit sehr starker Diastase der Bruchstücke zweizeitig so, daß er bei der ersten Operation durch Silberdrahtnähte die beiden Fragmente bei senkrecht erhobenem Bein einander so weit wie möglich näherte. Die Beinstellung wurde während der Wundheilung ganz allmählich in die wagerechte Lage übergeführt.

Bei der zweiten Operation vermochte L. nach Entfernung der ersten Nähte die Bruchstücke durch eine zweite Drahtnaht zur Berührung zu bringen. Das Endergebnis war vorzüglich. **Weber** (Dresden).

53) **Bushnell.** Abscess of bone caused by an »intermediate« bacillus (B) allied to B. paratyphosus.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. Februar.)

Ein 41 Jahre alter Mann erkrankte im Anschluß an den Genuß von Schnecken mit typhusähnlichen Symptomen. Während der Rekonvaleszenz entwickelte sich eine Eiterung, ausgehend von der linken Tibia, die nach Inzision rasch heilte.

Der Eiter enthielt gramnegative Bazillen, die als Paratyphusbazillen sich erwiesen. Bei der Serumreaktion wurde eine nahe Verwandtschaft zum B. Schottmüller, B. paratyphous-α und B. Gärtner festgestellt.

W. v. Brunn (Rostock).

54) **A. Richarz.** Ein Fall von Luxatio pedis sub talo nach hinten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 417.)

Beobachtung aus dem Marienhospital in Düsseldorf, dadurch ausgezeichnet, daß, wie Röntgen zeigt (s. Abbildung), gleichzeitige Frakturen nicht vorhanden waren. Pat., ein 21jähriger Maurer, war von einem 4 m hohen Baugerüst gefallen, sich in die Gerüstbretter mit dem Fuß verhakend, wobei die Einzelnheiten des mechanischen Vorganges nicht zu eruieren waren. Der Fuß erschien mit der Ferse nach hinten verlängert; der Taluskopf war deutlich tastbar. In Narkose leichte Reposition durch forcierte Plantarflexion, gefolgt von kräftigem Zug nach vorn und starker Dorsalflexion. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

55) **V. Subbotitch.** Zur Kenntnis der Luxationen im Lisfranc'schen Gelenk.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 573.)

Ein 50 Jahre alter Herr stieg aus einem 150 cm über dem Boden befindlichen Fenster rücklings, indem er die Arme auf die Fensterbrüstung stützte, mit gestreckten Beinen herab. Die linke Fußspitze berührte zuerst den Boden, wurde an demselben fest fixiert, und in demselben Moment ließ der Herr die Arme los und schwang sich im Bogen über rechts um 180° herum. Sofort fühlte er intensive Schmerzen im linken Fuß und konnte mit demselben nicht mehr auftreten. S. fand den Fuß stark verbreitert, an seinem Innenrande, dem Lisfranc'schen Gelenk entsprechend, das Entocuneiforme deutlich vorspringend. Röntgen zeigte Seitenverrenkung sämtlicher Mittelfußknochen mit Fraktur an der Basis des zweiten. Die Reposition mißlang, und es wurde abgewartet. Der Fuß blieb breit und wurde sehr platt, gewann aber eine so gute Funktion, daß S. nicht behaupten möchte, Pat. würde besser gehen, wenn man ihm einen blutigen Eingriff gemacht hätte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

56) **P. Sick.** Verstellbares Lagerungsbänkchen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 579.)

S.'s »Lagerungsbänkchen« (vgl. Abbildung im Original) dient ähnlichen Zwecken wie die von F. König für den Stelznertisch konstruierte »Hebevorrichtung«, ist aber auf jedem Tische und auch in Betten anwendbar. Es besteht aus zwei durch eiserne Träger verbundenen Brettchen, deren Höhenabstand durch Längenänderung der Träger gewechselt werden kann. Die Verstellbarkeit ist mittels Schraubenspindel und Zahnrad eingerichtet. (Preis 10 Mk., Lieferant Mechaniker Pohl, Kiel.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 25. Sonnabend, den 20. Juni 1908.

Inhalt.

I.

Aus dem Elisabeth-Krankenhaus Kassel.

Darmanastomose mittels Gumminaht der Schleimhäute.

Von

Dr. Franz Kuhn.

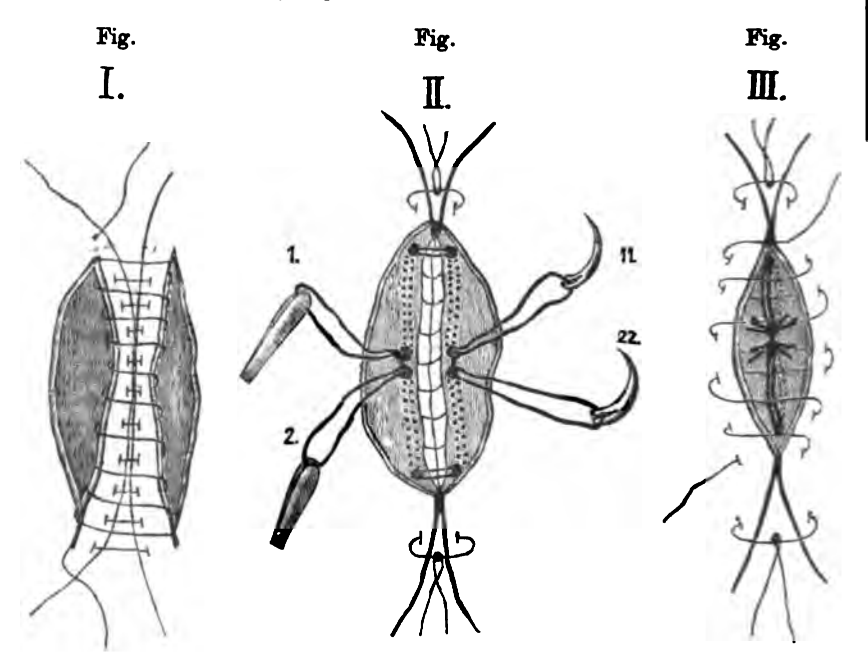
Stelle im folgenden an der Hand von drei Bildern ein Verfahren der Gastro- und Enteroanastomose einer gefälligen Nachprüfung anheim, das sich mir in meinen letzten Fällen (sieben) sehr bewährt hat. Ich halte es für das durchsichtigste und reinlichste, rascheste und zuverlässigste aller Anastomoseverfahren.

Das Verfahren besteht darin, daß zu Zwecken der Anastomosierung die freigelegten Schleimhäute der beiden zu vereinigenden

Darmabschnitte vermittels Gummifäden, die später durchschneiden, aufeinander genäht werden.

Das Vorgehen im einzelnen ist folgendes:

1) Zunächst werden die nebeneinander gerückten, event. von Assistenten gehaltenen Darmabschnitte durch einen Längsschnitt (auch Thermokauter ist verwendbar), durch Serosa und Muscularis hindurch bis zur Submucosa, angeschnitten. Blutung soll hierbei sehr klein sein. Alsdann wird durch stumpfes Zurückdrängen der Ränder der Wunde, so daß diese in Form eines Ellipsoides zutage tritt, die sich leicht und gefällig in die Wunde vorbuchtende Schleimhaut auf der peritonealen Seite freigelegt, ohne daß sie verletzt werden darf (Fig. 1).



So entstehen zu beiden Seiten der Wunde, rechts und links von der operierenden Hand, lippenartige Wundränder, die, aneinander gelagert, fähig sind, luftdicht zu schließen.

Diese Wundrandlippen werden nun hinten (vgl. Fig. 1) im ersten Akte aneinander genäht; fortlaufende Naht; tiefes bzw. breites Einstechen und Fassen der Serosa-Muscularislippen, ohne Verletzung der Schleimhaut.

2) Dann folgt der zweite Akt der Operation: die Gummifädennaht. Ringe von Patentgummi[1], wie er in den Kaufläden zum Umschnüren von Paketen verwendet wird, werden steril mit stumpfspitzigen Nadeln eingefädelt. Dann Naht wie in Fig. 2: Einstich medial, unter der Mucosa im Darm her bis zu dem Wundwinkel, dort Aus-

[1] NB! Patentgummi ist wesentlich, nicht roter oder grauer Gummi.

stich, Einstich im gegenüberliegenden Wundwinkel, Ausstich medial. Diese Naht zweimal, im Bedarfsfalle sind auch drei oder vier oder fünf Nähte zulässig. Ende wird mit Pean angeklemmt. Straffes Anziehen mittels dieses und dichtes Knoten jedes Fadens (Fig. 3).

3) Dann vordere Serosa-Muscularisnaht fortlaufend.

Vorzüge des Verfahrens:

1) Absolute Asepsis, insbesondere keimfreieste Vereinigung hinten.

2) Bequemes Nähen, und eine schon mechanisch zuverlässig abdichtende Serosanaht.

3) Auf diese Weise Verlegung aller folgenden Vorgänge in das Feld der Wunde, außerhalb der Serosa.

4) Kein Fließen von Darminhalt. Keine Blutung.

5) Zuverlässige, festeste Vereinigung und Aufeinanderpressung der Schleimhautblätter und dadurch der beiden Därme.

6) Hierdurch bereitwillige Verklebung dieser Teile, insbesondere auch durch die Anfrischung erleichtert.

7) Genaue Bemessung des Schleimhautschlitzes. Derselbe wird linear.

8) Rasches Arbeiten ohne Gefahr einer Störung.

Näheres wird eine Arbeit von Dr. Giesler bringen.

II.

Zur temporären Aufklappung beider Oberkiefer.

Von

M. Borchardt in Berlin.

In Nr. 19 dieses Blattes werden von Reinhardt die bisher nach der Kocher'schen Methode operierten Fälle von retromaxillären Geschwülsten zusammengestellt und die Kasuistik durch einen neuen Fall bereichert.

In dieser, wie in den anderen Mitteilungen über das gleiche Thema hat sich ein Irrtum eingeschlichen, für den eigentlich ich selbst verantwortlich bin.

Die beiden in der Arbeit von Pinkus (Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXXII) erwähnten Fälle sind nicht von v. Bergmann, sondern sie sind von mir operiert worden.

In einem Vortrage, den ich über die Resultate der operativen Behandlung von retromaxillären Tumoren in der Freien Vereinigung der Chirurgen hielt (9. Juli 1906), habe ich die betreffenden Pat. mit anderen vorgestellt und selbst auf eine ausführliche Beschreibung verzichtet, weil ich meinen Volontär Pinkus dazu angeregt hatte; er vergaß meinen Namen zu nennen.

Zur Sache selbst möchte ich nur kurz bemerken, daß mir die Kocher'sche Operation in der Tat alles geleistet hat, was man von ihr verlangen kann. Der Überblick über das Operationsterrain war

gut, die Kosmetik und das Dauerresultat ließen nichts zu wünschen übrig.

Prophylaktisch habe ich die Tracheotomie ausgeführt, die ich namentlich in dem einen Fall, in dem die Blutung doch keine unerhebliche war, nicht hätte entbehren wollen. Ich meine, daß die Gefahr der Blutaspiration ohne Versorgung der Trachea bedeutender ist, als die Gefahren einer Tracheotomie; wurde doch in der v. Bergmann'schen Klinik bei weit über 100 Kieferresektionen stets die prophylaktische Tracheotomie ausgeführt. Wir haben von ihr nur Nutzen, aber keinen Schaden gesehen. Wo es möglich ist, sollte man gewiß jetzt die Tracheotomie durch die Kuhn'sche Tubage ersetzen; jedoch ist gerade bei der Kocher'schen temporären Resektion jede auch noch so geringe Einengung des Operationsfeldes, wie sie doch durch die Kuhn'sche Tubage nötig ist, vom Übel.

Daß die Blutung bei Hängelage beträchtlicher ist als bei der Kocher'schen Schräglage halte ich für möglich, ja für wahrscheinlich, aber sie hängt von der Lage allein nicht ab. Bei meiner Demonstration am 6. Juli 1906 erwähnte ich, daß wir eine Zeitlang auf Vorschlag von Fritz König die Carotis externa unterbanden, bisweilen mit glänzendem Erfolg. Dann aber kamen andere Fälle, in denen sie gar nichts nutzte, so daß wir sie für die einfache Kieferresektion, die ja mit großer Schnelligkeit ausgeführt werden kann, wieder verließen und nur für die temporäre Aufklappung nach v. Langenbeck und Weber beibehielten, um bei diesen langdauernden Operationen wenigstens alles mögliche für Herabminderung des Blutverlustes zu tun.

Man muß sich aber gegenwärtig halten, daß die Blutversorgung und Blutfülle ungemein schwankt; sie ist verschieden bei den verschiedenen Individuen, und verschieden bei dem ungleichartigen Bau namentlich der retromaxillaren Tumoren, die, manchmal steinhart, von einem einzigen großen Gefäß versorgt, bisweilen weich, mit Blut vollgesogen sind, wie ein Schwamm.

Aus dieser Ungleichheit erklären sich meines Erachtens auch ungezwungen die sich teilweise widersprechenden Angaben der Operateure über die Stärke der Blutung und die von ihnen als zweckmäßig empfohlenen prophylaktischen Maßnahmen zur Blutstillung.

In der v. Bergmann'schen Klinik sind, wie aus meiner Demonstration und aus der Arbeit Pinkus' hervorgeht, die meisten Methoden ausprobiert worden, sowohl die bukkalen, als auch die facialen. Ich persönlich finde die Übersicht über das Operationsfeld bei der v. Langenbeck'schen bzw. Weber'schen temporären Oberkieferresektion am besten und möchte sie aus diesem Grund am meisten empfehlen. Wo es auf ein kosmetisch gutes Resultat ankommt, konkurriert am wirksamsten mit ihr die Kocher'sche Methode, die sich wohl von Jahr zu Jahr mehr Freunde erwerben wird. Über die von Hofmann angegebene Pharyngotomia suprahyoidea besitze ich keine eigene Erfahrung.

---

1) **R. Milner.** Über die Entstehung der Rückstauungsblutungen am Kopf.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 473.)

M. hat in einer früheren Arbeit zur Erklärung der sog. Rückstauungsblutungen eigene Theorien entwickelt (Vermutung, daß Glottisschluß und aktive Betätigung der Bauchpresse von Bedeutung seien), worüber wir auf unser damaliges Referat p. 620 Jahrgang 1905 verweisen. Der vorliegende Aufsatz kommt auf diese Fragen zurück, behandelt sie aber nicht im allgemeinen, sondern im wesentlichen nur unter spezieller Prüfung zweier von Kredel und Sick gemachter Beobachtungen, bei deren Erklärung diese Autoren von den M.'schen Ideen abweichende Ansichten äußerten. Diese Diskussion hier des genaueren wiederzugeben erscheint nicht angebracht. Es genüge die Bemerkung, daß M. seine Theorien verteidigt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

2) **Parkinson.** Trepanation bei den Südseeinsulanern.

(Aus »Dreißig Jahre in der Südsee«. Stuttgart, Strecker & Schröder 1908.)

P. gibt interessante Mitteilungen über die chirurgische Tätigkeit unserer Kollegen tena papait (tena = einer, der geschickt ist, papait = Zaubermittel) auf den Südseeinseln. Die durch Schleudersteine verursachten Schädelverletzungen erklären sie für tödlich, sobald die Schläfe eingedrückt ist und lehnen Operation ab. Bei Stirnbeinverletzungen wird nach Spaltung der Haut trepaniert. Als Instrumente dienen Obsidiansplitter (Lavaglas), ein scharfer Haifischzahn oder eine geschärfte Muschel. Als Antiseptikum benutzt man Kubika, d. i. Wasser einer Kokosnuß. Die Knochensplitter werden aus dem Cerebrum mit ähnlichen Instrumenten entfernt. Die Ränder der Schädelwunde werden abgeschabt die Trepanationsöffnung mit ausgeglühten Scheiben einer bestimmten Bananenart bedeckt, der Hautlappen darüber gezogen, die Haare wegrasiert und die Wunde desinfiziert. Verband mit einem eng anliegenden, weitmaschigen Geflecht von Rotangstreifen. Ein alter Heilkundiger verfügte über 31 Trepanierte, von denen 23 lebten. Auch wegen Epilepsie und starker Stirnkopfschmerzen wird Trepanation ausgeführt; in manchen Gebieten sogar prophylaktisch bei Kindern im 2.—5. Lebensjahr.

Deetz (Homburg v. d. H.).

3) **Brown.** Speech results of cleft palate operation.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 5.)

Niemand, der eine Gaumenspalte hat, sollte sich entmutigen lassen. Jeder Fall soll operativ behandelt werden, auch im vorgeschrittenen Alter; das Resultat bei einem Pat. B.'s, der schon 50 Jahre alt war, wurde ein sehr gutes. Bei Kindern sollte man die rigorosen Operationsmethoden nicht anwenden. Auch kleine Defekte an Lippen, Nase und Gaumen sollte man operativ korrigieren, da sich dem Verf. bei Vergleichung der phonographisch fixierten Sprachproben ergeben hat, daß kleine Defekte bisweilen schwerere Sprach-

störungen zur Folge haben als große. Komplizierte Sprechübungen sind unnötig und zwecklos. W. v. Brunn (Rostock).

4) H. Hellendall. Zur postoperativen Parotitis.

(Med. Klinik 1908. p. 451.)

H. weist nach eigenen Erfahrungen auf das Auftreten von Staphylokokkenparotitis nach operativ behandelten Eiterherden in den Geschlechtsteilen hin. Die Krankheitserreger werden wahrscheinlich auf dem Blutweg übertragen, nicht vom Mund aus. Zur weiteren Klärung des Krankheitsbildes werden bei jeder derartigen Erkrankung Bakterienfärbungen an Parotisschnitten, Untersuchungen der Papille des Ductus Stenonianus und bakteriologische Blutprüfungen gefordert. Ferner sind Versuche über den Einfluß der Geschlechtsteile auf die Ohrspeicheldrüse anzustellen. Georg Schmidt (Berlin).

5) L. Bérard. Corps Thyreoïde. 403 S. mit zahlreichen Illustrationen.

Paris, J. B. Baillière et fils, 1908.

Als weitere Folge der äußerst wertvollen Sammlung »Nouveau traité de chirurgie« ist der XX. Band erschienen, der die Schilddrüse mit ihren Erkrankungen behandelt. Ebenso wie in den vorhergegangenen Bänden bekommen wir eine Monographie in die Hände, die für jeden lesenswert ist und uns über den Stand der Forschungen auf diesem wichtigen Gebiete unterrichtet.

Nachdem B. in der Einleitung Entstehung und Struktur besprochen hat, faßt er im physiologischen Teile den gegenwärtigen Stand in kurzem so zusammen, daß er sagt, die Mehrzahl der Physiologen nehmen an, daß Unterdrückung der Schilddrüsensekretion chronische Ernährungsstörungen nach sich ziehe, besonders ausgeprägt im Knochen- und Zellgewebssystem (Myxödem) mit einem mehr oder minder bedeutenden Nachlassen der organischen und psychischen Funktionen. Die Unterdrückung der Sekretion der Parathyreoiddrüsen führt zu Krämpfen, die rasch tödlich verlaufen, mit Temperatursteigerung, Tachykardie und schwerer Atemnot. — Verf. bespricht dann die Krankheiten, die durch eine Sekretionsinsuffizienz der Schilddrüse entstehen, so das infantile Myxödem, die myxomatöse Idiotie und Zwergwuchs, dann das Myxödem durch Atrophie der Schilddrüse und das postoperative Myxödem sowie die Cachexia strumipriva. Er berichtet über die Erfolge der Schilddrüsensaftmedikation bei den verschiedenen Erkrankungen und empfiehlt einen Versuch damit. Weiterhin behandelt er die Kongestionen der Schilddrüse, ihre entzündlichen Erkrankungen sowie Tuberkulose, Syphilis und Aktinomykose.

Unter den Geschwülsten der Schilddrüse nehmen natürlich die gutartigen Kröpfe den größten Raum ein. Vorkommen, Histologie und Topographie mit ihrem Einfluß auf die Nachbarorgane werden ausführlich besprochen. Auch B. befürwortet, wie neuerdings alle Autoren, die röntgenographische Aufnahme, um über Sitz und Aus-

dehnung des Kropfes genau und sicher Aufschluß zu bekommen. Nachdem die verschiedenen Behandlungsmethoden mit Jod, Schilddrüsensekret und Röntgenstrahlen durchgegangen sind, kommt Verf. auf die verschiedenen Operationsmethoden, ihre Anwendbarkeit und Indikation zu sprechen.

Mit einer Beschreibung der bösartigen Kröpfe und der Fibrome beschließt B. die Geschwülste und gibt zum Schluß eine Beschreibung des Wesens und der Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

Die Lektüre des Buches, das mit vielen zum Teil schon bekannten Illustrationen ausgestattet ist, ist für jeden Arzt empfehlenswert.

L. Simon (Mannheim).

6) Umfrage über die Behandlung des Morbus Basedowii.

(Vgl. dieses Zentralblatt p. 465.)

(Med. Klinik 1908. p. 623.)

Wenn Ruhekuren nebst arzneilicher Behandlung nichts oder nichts Wesentliches nutzen, oder wenn die Kranken ihres Berufes halber oder aus anderen Gründen keine längere Kur durchmachen können, so rät Fr. Schultze zur Operation, ehe eine erheblichere Herzschwäche eintritt. Krehl empfiehlt den chirurgischen Eingriff für die leichtesten und leichten Fälle dann, wenn die Schilddrüse irgendwelche Druckerscheinungen macht oder sehr groß ist, für die ausgesprochenen Fälle allgemein die Verkürzung der Drüse, für die schwersten Fälle die Operation dagegen' als nicht ungefährlich nur mit Zurückhaltung. Nach Martius kommt der chirurgische Eingriff in Frage, wenn durch innerliche und physikalisch-diätetische Kuren keine wesentliche Besserung zu erzielen ist, oder wenn nach der Entlassung rasch Rückfälle eintreten, oder wenn die Größe des Kropfes an sich eine Operation verlangt; mehrfach bewährte sich die partielle Strumektomie.

Georg Schmidt (Berlin).

7) **MacCallum.** On the relation of the parathyroid to calcium metabolism and the nature of tetany.

(Bull. of the John Hopkin's hospital 1908. März.)

In Form einer vorläufigen Mitteilung macht Verf. uns mit Tierversuchen bekannt, in denen er an Hunden durch Entfernung der Parathyreoideae schwere Tetanie erzeugte und dann durch intravenöse Injektion essigsauren oder milchsauren Kalziums in 5%iger Lösung die Symptome prompt zum Schwinden brachte. Es stimmt das mit den Befunden anderer Autoren überein, welche bei Ernährung mit kalziumreicher Milch die Tetanie bei solchen Tieren nur milde oder gar nicht auftreten sahen.

Es wirkt aber die Aufnahme des Kalziumsalzes durch den Mund oder subkutan viel langsamer als die intravenöse. Magnesiumsalze haben ähnlichen Effekt, doch stört hier leicht die toxische Nebenwirkung. Kaliumkarbonat und andere Kalisalze dagegen vermehren die tetanischen Erscheinungen.

Vielleicht kann man Kalziumsalze auch zur Behandlung von Tetanie anderer Genese verwenden. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

8) **F. Bauer.** Några ord om cancer mammae i tidigt stadium.

(Lunds Läkare sällskaps för handl. 1907, Hygiea 1907. p. 916.)

Verf. warnt davor, der Diagnose Fibrom oder Adenofibrom gar zu sicher zu sein. Er beschreibt vier Fälle von Brustdrüsengeschwülsten, die vor der Operation als gutartig angesehen worden waren, sich aber nachher als bösartig herausstellten. Zusammenfassung: Jede Brustdrüsengeschwulst muß baldigst untersucht werden. Ist der gutartige Charakter der Geschwulst nicht unzweifelhaft, so muß die Exstirpation gemacht werden. Ist sie dabei nicht überall leicht ausschälbar, muß sie mikroskopisch untersucht werden. Stellt sie sich da als Krebs heraus, so mache man möglichst bald die Radikaloperation. Aber auch wo der gutartige Charakter zweifellos ist, soll man die Operation vorschlagen, weil eine gutartige Geschwulst bösartig werden kann.

Einar Key (Stockholm).

---

9) **J. W. S. Gouley.** Surgery of genito-urinary organs. 8°. 531 S.

New York, **Rebman & Co.**, 1908.

Das vorliegende, vorzüglich ausgestattete Buch enthält eine Reihe von Aufsätzen über die Ätiologie, Diagnose und Behandlung von Erkrankungen der Urogenitalorgane, die in das Gebiet der Chirurgie gehören. Es werden nur Erkrankungen der Harnröhre, der Prostata und der Blase abgehandelt. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

10) **Petrivalsky.** Zur Therapie der Phimose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

P. bespricht die Ätiologie, Symptomatologie, Folgeerscheinungen und verschiedenen Operationsmethoden bei der angeborenen und erworbenen Phimose. Er zieht einen operativen Eingriff bei derselben der unblutigen, aber nicht ganz unschuldigen Behandlung vor. Die Vorteile der einzelnen, und zwar recht zahlreichen Eingriffe von der einfachen Inzision bis zu komplizierten Verfahren werden hinsichtlich ihrer Vorteile und Nachteile gewürdigt. Verf. selbst beschreibt eine neue plastische Methode, die seiner Angabe nach bei Erwachsenen und Kindern, bei atrophischen und hypertrophischen Phimosen gleich anwendbar ist. Die in Bildung und Naht mehrerer Läppchen bestehende Methode muß im Original an Hand der Abbildungen studiert werden. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

11) **F. P. Guiard.** Nouvelle méthode d'urétrotomie interne.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XXVII. Hft. 5 u. 6.)

Gewisse Verengerungen der Harnröhre widerstehen nicht nur einer progressiven Dilatation, sondern auch der internen Urethrotomie

nach Maisonneuve, bei der eine einzige Inzision an der oberen Wand vorgenommen wird. Verf. macht deshalb in solchen Fällen außer der klassischen Maisonneuve'schen Inzision noch eine doppelte Reihe von sekundären Inzisionen, die aber nur eine Tiefe von 1 mm haben dürfen. Über die Technik dieses Verfahrens und über das dazu nötige Instrumentarium muß in der Originalarbeit nachgelesen werden.

Paul Wagner (Leipzig).

---

12) **A. Gölzl** (Prag). Das dritte Stadium der Hypertrophia prostatae.

(Prager med. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

Verf. hat 288 Fälle von Prostatahypertrophie in 7 Jahren beobachtet. Davon gehörten 25 dem dritten Stadium an. Von diesen 25 starben 11. Die Diagnose in diesem Stadium ist oft nicht leicht, weil die Symptome durch gastrointestinale Beschwerden verdeckt werden. Polyurie und Polydipsie, die sogar Diabetes vortäuschen können, das Fehlen krampfartiger Blasenbeschwerden trotz enormer Ausdehnung der Blase sind für das dritte Stadium pathognomonisch.

Verf. hat in der Therapie lediglich zwei Grundsätze befolgt. Strengste Asepsis des Katheterismus und nur allmähliches Entleeren der Blase. Verf. hat drei Pat. mit Blasenblutung infolge von zu raschem und zu vielem Urinentleeren in wenigen Stunden zugrunde gehen sehen. Er gibt zunächst Harndesinfizientien, dann entleert er nicht mehr als 200 ccm Urin. An jedem folgenden Tage steigt er in der Harnentleerung um 100 ccm. Klagen bei völliger Entleerung der Blase die Pat. über Schmerzen, so füllt Verf. die Blase mit 100—200 ccm Borlösung, um die früheren Druckverhältnisse wieder herzustellen. Bis auf diese Weise die Blase völlig entleert ist, vergehen oft 14 Tage. Ist dann die Krankheit in das zweite Stadium zurückgeführt, erst dann rät Verf. zum operativen Eingriffe.

A. Hofmann (Karlsruhe).

---

13) **Garrè.** Fall von geheilter Ectopia vesicae.

(Sitzungsberichte d. Niederrhein. Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde 1907. Bonn.)

G. stellt einen 5jährigen Jungen vor, bei dem vorher in fünf Operationen durch direkte Naht, Plastik und die Trendelenburgsche Methode vergebens ein Verschluß der Blase herbeizuführen versucht worden war. Er wandte das Verfahren von Borelius-Berglund an (Zentralblatt für Chirurgie 1903) und legte dabei die Einpflanzungsstelle der Harnleiter zur Sicherheit extraperitoneal. Resultat: der Junge kann den Urin 2 Stunden halten.

Deetz (Homburg v. d. H.).

---

14) **G. Enderlen** (Würzburg). Über Blasenektopie.

(Sammung klin. Vorträge Nr. 472/473.)

Dem alles Wichtige über die Entstehung der Bauchblasenspalte — aus einer Spaltung der Kloakenmembran — und über die Heilung

derselben wiedergebenden Vortrage seien folgende Anschauungen E.'s bezüglich der Behandlung entnommen.

Die Pelottenbehandlung der Blasenektopie ist ungenügend, da sich die Prothese bei dem Wechsel der Körperlage verschieben kann; außerdem werden die Pelotten in vielen Fällen, wenn sie fest anliegen, nicht vertragen. Kaum besser sind die Verhältnisse, wenn man die Einpflanzung der Harnleiter in die Penisrinne oder die Lendengegend vornimmt. Die Lappenplastiken aus der benachbarten Bauchhaut oder dem Hodensacke sind ungenügend. Die Kontinenz fehlt regelmäßig, Pelotten müssen getragen werden, allerdings unter günstigeren Umständen als bei rein palliativer Behandlung und bei Einnähung in die obenerwähnten Stellen; die Gefahr der Steinbildung ist in hohem Maße gegeben. Die Vereinigung der Spaltränder der Blase schafft ein kleines Hohlorgan, vermag die Kontinenz nicht herzustellen; Inkrustationen sind ebenfalls zu fürchten. Die Vergrößerung der Blasenhöhle durch eine ausgeschaltete Darmschlinge ist kompliziert, wenn auch größere Urinmengen gehalten werden können. Die Vereinigung der Spaltränder gibt sehr beachtenswerte Resultate, wenn die von Trendelenburg angegebene Voroperation ausgeführt wird; bei kleinen Kindern kann diese durch methodische Kompression der Beckenschaufeln (Passavant, Trendelenburg) ersetzt werden; die Kontinenz wird nur selten erreicht, doch bereitet die Anlegung der Prothese keine Schwierigkeiten. — Die Anlegung einer Vesico-Rektalfistel und die Bildung der vorderen Blasenwand sind nicht zu empfehlen. Verwendet man Quetschzangen, so kann eine Dünndarmschlinge in der tiefen Excavatio vesico-rectalis mitgefaßt werden; geht man blutig vor, so ist eine Infektion des Bauchfells möglich. In der Blase ist Steinbildung zu fürchten. Die Methode von Subbotin ist nicht nachahmenswert, weil das erstrebte Ziel meist nicht erreicht wird, trotz großer Gefahren für den Pat. Die Einpflanzung der Harnleiter allein in den Darm ist unter allen Umständen zu verwerfen; sie führt mit Sicherheit zur aufsteigenden Niereninfektion. — Die Maydl'sche Operation hat sicher Vorzüge vor den anderen Verfahren; sie birgt aber gewisse Gefahren (Peritonitis, Fistelbildung und Pyelonephritis — 25% Mortalität). Sie schafft Kontinenz (mit seltenen Ausnahmen). Man ist bei ihr nicht auf Urinale angewiesen, die den »Sphincter vesicae« ersetzen müssen. Es ist besser, die Einpflanzung in die Flexur als in den Mastdarm vorzunehmen; Niereninfektion ist nicht ausgeschlossen. — Von den Modifikationen kommen die von Borelius und Müller und Berg in Betracht; diejenige von Gersuny ist zu kompliziert, wenn sie auch das Ideal der Trennung von Urin und Kot in sich schließt.

Kramer (Glogau).

15) **H. Fenner.** Kryoskopische Resultate der Züricher Klinik.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 639.)

Die kryoskopische Untersuchung wurde bei 47 Fällen angestellt, deren Mehrzahl (31) Nierentuberkulosen betraf. Von den 41 operierten Pat. starben 2 an Urämie.

Die Untersuchungen zerfallen in solche des Blutes und des meist getrennt aufgefangenen Urins, wobei letzterer Untersuchungsgruppe die geringere Bedeutung zukommt, da die getrennte Uringewinnung nur selten auf eine genügend lange Zeit (12 Stunden) und unter sonst ausreichenden Vorsichtsmaßregeln sich ausführen läßt.

Unter Mitteilung sämtlicher Krankengeschichten nimmt Verf. besonders Stellung zu den Lehrsätzen, welche Kümmell über den Wert der Kryoskopie aufgestellt hat, und kommt nach beiläufigen Bemerkungen über den Wert der Harnstoffbestimmungen und der kryoskopischen Hilfsformeln zu folgenden Schlüssen:

1) Die Kryoskopie bei Nierenleiden ermöglicht uns besser als andere Methoden einen Einblick in die osmoregulatorische Tätigkeit der Nieren.

2) Die Kryoskopie ist deshalb neben den bisher üblichen klinischen Methoden von Wert.

3) Allein vermag sie jedoch nicht immer über Diagnose, Prognose und operative Indikationsstellung Aufklärung zu geben.

4) Die Harnkryoskopie berechtigt lediglich zu einem Urteil über das funktionelle Verhalten der Nieren zur Zeit der Untersuchung und besitzt nur einen Wert, wenn die Urinmenge (Valenzwert) und die der Untersuchung vorausgegangene Flüssigkeitszufuhr berücksichtigt wird.

5) Die Kryoskopie des Blutes gibt brauchbare Resultate, wenn die Möglichkeit einer extrarenalen Beeinflussung des Gefrierpunktes ausgeschlossen werden kann und das klinische Gesamtbild in jedem einzelnen Falle mitberücksichtigt wird.

6) Die Anwendung der Kryoskopie macht keine der bisherigen Untersuchungsmethoden überflüssig. **Reich** (Tübingen).

---

16) **E. Liek.** Zur funktionellen Nierendiagnostik.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 2.)

Verf. bringt aus dem Barth'schen Krankenhaus ein größeres neues Material, an welchem die verschiedenen neuen Methoden der funktionellen Nierendiagnostik erprobt worden sind. Auch diese neuerlichen Beobachtungen bestätigen den früher schon ausgesprochenen Standpunkt Barth's, daß die funktionellen Methoden für sich nicht über den Zustand und die Funktionstüchtigkeit einer Niere belehren, daß sie aber im Zusammenhange mit den anderen klinischen Untersuchungsmethoden eine wertvolle, nicht zu ersetzende Hilfe gewähren. Es wird dabei hinsichtlich der Gefrierpunktsbestimmung, Phloridzinprobe usw. nicht so sehr auf die absoluten Zahlen, sondern auf die

relativen, d. h. auf das Verhältnis der von beiden Nieren erhaltenen Ziffern Gewicht gelegt. Die operativen Erfolge, die bei Anwendung der funktionellen Methoden erzielt wurden, waren äußerst günstig, wie die beigefügten Krankengeschichten lehren. Die operative Mortalität der Nephrektomien betrug nur 24%.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

17) H. Merkel. Die Hydronephrose und ihre Beziehung zu akzessorischen Nierengefäßen.

(Virchow's Archiv Bd. CXCI. p. 584.)

M. ist der Meinung, daß die sogenannte falsche Implantation des Harnleiters und die damit verbundene Klappenbildung an seinem Abgang — Prozesse, die oft als ätiologisches Moment für die Entstehung der Hydronephrosen aufgefaßt werden müssen — in der Mehrzahl der Fälle erst im späteren Leben erworben sind und nicht als Entwicklungsfehler angesehen werden müssen. Ihre eigentliche Ursache sind vielmehr abnorm verlaufende Nierengefäße, die zur Einengung des Harnleiteraustrittes führen. Diese kann durch direkte Spornbildung entstehen, indem das strangulierende Gefäß selbst in dem Winkel zwischen Harnleiter und Nierenbecken eine Falte hochhebt, oder durch indirekte, indem der Harnleiter an das sich ausdehnende Nierenbecken angepreßt wird. Verf. berichtet dann kurz über einen einschlägigen Fall, den er selbst autopsierte und über Parallelfälle aus der Sammlung des Erlanger pathologischen Instituts.

Doering (Göttingen).

18) V. Barnabo. Sui rapporti tra la glandola interstiziale del testicolo e le glandole a secrezione interna.

(Policlinico. Sez. chir. XV, 3. 1908.)

Zur Vervollständigung einer weiteren Arbeit über das interstitielle Drüsensystem des Hodens (Bolletino della società zoologica Vol. VII) veröffentlicht B. seine Experimente an Meerschweinchen und weißen Mäusen, denen Samenstrang und Hode der einen oder beider Seiten entfernt wurden. Auf Grund von histologischen Untersuchungen (die Gewichtsbestimmung läßt bei der Kleinheit der in Frage stehenden Organe keine sicheren Schlüsse zu) kommt Verf. zu nachstehenden Folgerungen:

Unterbindung und Resektion des Ductus deferens führt zur Atrophie der Samenkanälchen des Hodens, während Bindegewebe und Pars interstitialis eine zum Teil durch Amitosen bedingte Vermehrung zeigt.

Die einseitige Kastration führt bei gleichzeitiger Resektion des anderseitigen Samenstranges zur Atrophie des zurückbleibenden Hodens, dessen Samenkanälchen schwinden, während Bindegewebe und Interstitium wuchern.

Die Hypophysis zeigt in beiden Fällen eine merkliche Hypertrophie, die entsprechend der Atrophie der Samenkanälchen trotz der Hypertrophie des Interstitiums zunimmt.

Nebennieren, Thyreoidea und Parathyreoidkörperchen zeigen gesteigerte Sekretion ohne deutliche Veränderung ihrer Struktur, während die Milz keine Besonderheiten zeigt. Strauss (Nürnberg).

---

19) H. Albrecht. Über das Karzinosarkom des Uterus.
(Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. II. Hft. 1.)

Die Entstehung der durch die gleichzeitige bösartige Wucherung epithelialer und bindegewebiger Elemente und deren gegenseitige Durchmischung in ein und demselben Organ ungemein interessanter Karzinosarkome kann auf verschiedene Weise gedeutet werden:

1) Ist in einem primären Karzinom sekundär eine sarkomatöse Umbildung des Stromas möglich, wie die experimentellen Untersuchungsbefunde von Ehrlich und Apolant u. a. bei fortgesetzter Transplantation von Karzinomen beweisen.

2) Der umgekehrte Modus scheint ebenfalls möglich zu sein, da nach einer Beobachtung von Amann ein öfters rezidivierendes Adenosarkom sichere karzinomatöse Bestandteile aufwies.

3) Am häufigsten entstehen die Karzinosarkome durch sekundäres Ineinandergreifen von Karzinom und Sarkom, die unabhängig voneinander in demselben Organ entstanden sind. Diese Entstehungsweise ist auch für den A.'schen Fall die wahrscheinlichste.

Wichtig für die gesamte Geschwulstlehre überhaupt ist, daß sich an der Geschwulst deutlich eine spezifische Einwirkung der Epithelzellen des Karzinoms auf die bindegewebigen Zellen des Sarkoms nachweisen läßt: Die karzinomatösen Drüsenstränge sind durch einen breiten Mantel dicht gelagerter Rund- und Spindelzellen von dem übrigen Sarkomgewebe geschieden.

Es kommen also in den beiden bösartigen Geschwulstbestandteilen noch die physiologischen Beziehungen der einzelnen Gewebe zueinander zum Ausdruck. Trappe (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

20) E. Heller. Beitrag zur Methodik der Unterkieferresektionen.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 263.)

H. resezierte in der Greifswalder Klinik einem 16jährigen Mädchen wegen Riesenzellensarkoms den Unterkiefer in der Ausdehnung vom 1. rechten Prämolarzahne bis zum 2. Molarzahne links. Dabei wurde ein Querschnitt durch die linke Backe vom Mundwinkel an gemacht; die Kieferdurchtrennungen erfolgten mittels Drahtsäge in schräger Richtung von hinten nach vorn, und zum Schluß wurde der linke M. pterygoideus int. vom Kieferwinkel gelöst. Unmittelbar nach der Operation Einsetzung einer dem resezierten Kieferstück entsprechend zurecht geschnittenen Prothese nach Schröder, die an die Kieferstümpfe mittels Metalldrahtnähten befestigt wurde, wonach Aufnahme flüssiger Speisen sofort, solche breiiger Nahrung nach einigen Tagen möglich war. Der Schrumpfung und Narbenverkürzung der Unterlippe wurde durch eine von Prof. Schröder angegebene Vorrichtung, nämlich eine nachtmützenartige, feste Kopfkappe mit elastischer Funda maxillae wirksam entgegen gearbeitet. In der 8. Woche wurde die Immediat-

prothese durch eine sekundäre, mit Klammern an den Zähnen der Kieferstümpfe befestigte ersetzt. Das zuerst gebrauchte Ersatzstück von Zahnarzt L[illegible] geliefert, trug noch keine Zähne, das zweite wurde mit solchen versehen. Der Pat. ist jetzt 2 Jahre lang rezidivfrei, das Operationsresultat ist, von der Wangennarbe, die durch andere Schnittführung hätte vermieden werden können, abgesehen, kosmetisch und funktionell recht gut. Die Schienenbehandlung nach Schröder hat sich also auch in diesem Falle gut bewährt und verdient weitere Anwendung.

Epikritisch macht H. einige Bemerkungen zur Operationstechnik: Nach Abtrennung des Genioglossus muß man die Zunge nach vorn ziehen und für die Nachbehandlung mit Fäden an die Prothese heften. Der obere Stumpf des Kiefers erleidet durch Wirkung des Pterygoideus eine störende Deviation medianwärts (Adduktion), der, wie in H.'s Fall geschehen, durch Muskelabtrennung vom Knochen vorzubeugen ist. Muß vom vertikalen Kieferast ein großes Stück entfernt werden, so kann es für die Nachbehandlung mitunter besser sein, ganz zu exartikulieren als zu resezieren. Denn in der Fossa glenoidalis maxillae findet die Ersatzschiene einen besseren Halt als an einem kurzen, abnorm beweglichen, kleinen Kieferstumpf. 6 Abbildungen und ein Literaturverzeichnis von 31 Nummern sind der Arbeit beigegeben. **Reinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) F. H. Washburn (Jefferson). Extragenitale Primäraffekte.

(Journ. of cutan. diseases 1907. Juli.)

Verf. bringt die 6 extragenitalen Initialsklerosen (3 an den Tonsillen, 1 an der Brust, 1 an der Oberlippe, 1 am Zahnfleische) nur deshalb zur Kenntnis, weil die Primäraffektionen im Munde von seiten der Laryngologen als große Seltenheit bezeichnet würde. W. findet das Bild des Tonsillarprimäraffektes sehr charakteristisch; in allen Fällen war das Schlingen sehr erschwert und schmerzhaft.

Gresser (Breslau).

22) R. Buccheri. Contributo allo studio sui risultati immediati dell' intervento chirurgico nella spina bifida.

(Arch. di ortopedia 1908. Hft. 1.)

B. berichtet über 21 Fälle aus seiner Praxis; 2 von ihnen scheiden aus, weil schon Meningitis vorhanden war. 19 Fälle, von 1901—1908 im Kinderhospital zu Palermo behandelt, wurden operiert nach der Methode der plastischen Deckung des Defektes. 3 Operierte, 2 Mädchen, 1 Knabe, starben an den Folgen der Operation. Im übrigen konstatierte B. bei den meisten Operierten, soweit er sie kontrollieren konnte, gute Resultate. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

23) A. Hoffmann. Zur Klinik und Behandlung der Halswirbelschüsse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 537.)

H.'s Arbeit betrifft einen von Payr in Greifswald operierten Fall, über den sich in unserem Blatte, laufender Jahrgang p. 604, eine Mitteilung von freilich so lakonischer Kürze findet, daß ihr hier noch folgendes hinzuzufügen ist. Es handelte sich bei dem Pat. um einen Diagonalschuß, bei dem aus der direkt auf den Hals gesetzten Waffe das Geschoß links in der Höhe des oberen Schildknorpelrandes eingedrungen war, den Hals, ohne wichtige Teile zu verletzen, quer durchsetzt hatte und, wie Röntgen zeigte, rechts im Körper des 5. Halswirbels stecken geblieben war. Wegen Entzündungserscheinungen an der anfangs vernachlässigten Wunde, verbunden mit Schmerzen im rechten Arme, wurde 5 Tage nach der Verletzung zur Operation geschritten, und zwar mittels Schnittes rechts am vorderen Kopfnickerrande. Die Halseingeweide ließen sich genügend zur Seite halten, um in die Tiefe zu dringen, und mit einiger Mühe wurde das Geschoß, das in einer Tiefe von $1^1/_2$ cm im Schußkanal zwischen den Körpern des 5. und 6. Halswirbels lag, entfernt. Der Operation, bei der leichtes Ödem des retroösophagealen Binde-

gewebes gefunden war, und nach der die Armschmerzen zunächst schwanden, folgte von der 2. Woche an eine fieberhafte Erkrankung, beruhend auf einer mit Sequesterausstoßungen endigenden Knocheneiterung. Völlige Heilung nach Ablauf von 3 Monaten. Die fortlaufend aufgenommenen Röntgenogramme zeigten geringe Schrumpfung des 5. Wirbelkörpers rechts, weshalb sich der 5. Wirbelkörper etwas nach rechts senkte, zugleich der 4. Dornfortsatz 1 cm weit lateralwärts nach rechts auswich.

In der der Krankengeschichte angehängten Allgemeinbesprechung wird die Statistik der Halswirbelschüsse im Krieg und namentlich im Frieden erörtert. 25 Fälle von Friedensverletzung hat H. aus der Literatur gesammelt und teilt deren Krankengeschichten kurz mit. Betreffs der Frage nach der Rätlichkeit chirurgischen Eingreifens, das von Payr befürwortet wird, ergibt sich, daß 13 Pat. nicht operiert wurden und sämtlich starben. 13 Pat. (einschließlich des eigenen Falles H.'s) wurden operiert, und von diesen starben nur zwei. Die Halswirbel können von verschiedenster Seite her operativ angegangen werden; soweit es sich um Extraktion der Geschosse handelt, wird die Röntgenuntersuchung den Ausschlag für die Wahl des einzuschlagenden Operationsweges geben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

24) **Ehrlich.** Zur Kasuistik der isolierten Frakturen der Processus transversi der Lendenwirbelsäule.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 413.)[1]

Beobachtung der Greifswalder Klinik, betreffend einen 40jährigen Landwirt, der, beim Reiten aus dem Sattel gleitend und mit einem Fuß im Bügel bleibend, geschleift war. Es bestand lokale Druckempfindlichkeit und Schwellung unter der 12. linken Rippe hinten, wo das Röntgenbild sehr hübsch den Bruch des 1. Lendenwirbelquerfortsatzes zeigt. Heilung unter Anlage von Pflasterverband und Massage. Erster Fall der sicheren Diagnose einer solchen Verletzung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) **M. Matsuoka.** Über Versteifung der Wirbelsäule.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 312.)

M. veröffentlicht drei in seiner Klinik in Kyoto (Japan) beobachtete Fälle von Wirbelsäulenversteifung, die symptomatisch am meisten der von Bechterew beschriebenen Art von Wirbelsäulenerkrankung entsprachen. Die Pat. (mehrere Photogramme derselben sind beigegeben) waren Männer und im Alter von 31—45 Jahren. Entstehungsursache blieb unklar, die Pubertät schien keinen Zusammenhang mit dem Leiden gehabt zu haben. Es bestand bald mehr, bald weniger ausgeprägte Kyphose, besonders in der Brustwirbelsäule, die Lordose der Lendenwirbel war verschwunden. Schmerzen in den Wurzelgelenken klagten alle Pat. Aktive Bewegungen an Schulter- und Hüftgelenken sind mehr oder weniger beschränkt; doch ist die passive Bewegung fast ungestört. Die Respiration ist abdominal, ohne deutlich nachweisbare Veränderung in den Sternocostovertebralgelenken. Sensibilitätsstörung fehlt vollständig. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

26) **R. W. Lobett** (Boston). La cura della tuberculosi della spina coll' analisi di 1792 casi.

(Arch. di ortopedia 1908. Hft. 1.)

Im Kinderhospital zu Boston wurden von 1883—1907 1792 Kinder an Tuberkulose der Wirbel behandelt, darunter 829 Mädchen, 963 Knaben im Alter von 1—18 Jahren, nämlich im Alter von 1 Jahre 38+38; 2 Jahren 134+164; 3 Jahren 151+181; 4 Jahren 123, 134; 5 Jahren 105, 110; 6 Jahren 53, 64; 7 Jahren 70, 82;

[1] Auf p. 604 unseres Blattes l. Js. findet sich ein Referat über einen Aufsatz von Payr, der sich auf denselben Fall zu beziehen scheint. Doch ist dort eine andere Entstehungsart für die Verletzung angegeben! (Ref.)

von da ab fällt die Zahl rapide; so waren z. B. 15jährige 4+4; 16jährige 1+1 18jährige 1 weiblich. Hals- und oberer Rückenwirbel brachten 247 Fälle, Rücken und Lende = 1025, Lende = 329, zerstreute Fälle = 191. Paralysen kamen unter ihnen 33 zur Beobachtung (6 vom Hals aus, 25 vom Rücken, 3 zerstreute Fälle), Abszesse kamen 263 vor, nämlich 236 Psoas-, Iliacal-, Lumbar-, Glutäalabszesse; 4 Rücken-; 3 Mediastinal-, 18 Cervical-, 2 Retropharyngealabszesse. Komplikationen mit Coxitis fand man 41-, mit Knietuberkulose 7-; Fuß-, Ellbogen- je 1-, Fuß- und Ellbogen- mit Spondylits zusammen 1mal. — Die Behandlung war die moderne Aufenthalt in frischer Luft, Liege- und Tragapparate, deren verschiedene im Original abgebildet sind. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

27) W. A. v. Oppel. Zur Frage des Lufteintrittes in die V. jugularis interna bei operativer Verletzung derselben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 437.)

v. O. hatte selbst das Unglück, bei Operation ausgedehnter tuberkulöser Halslymphome, als hinter dem rechten Schlüsselbein einige Drüsen stumpf ausgelöst werden sollten, die Jugularis zu verletzen, worauf starke Blutung und Luftaspiration folgten. Es wurde nach vorübergehender Tamponade die Venenunterbindung durchgesetzt, doch nicht ohne daß nochmalig wiederholter Lufteintritt in die Vene erfolgte. Da der Zustand unter Atmungsstillstand und großer Pulsschwäche bedrohlich wurde, wurde das zentrale Stück des Gefäßes wieder geöffnet und mittels eines tief eingeführten Katheters viel schaumiges Blut ausgesogen. Doch erfolgte bald darauf der Tod.

v. O. bespricht im allgemeinen die mechanischen Bedingungen der Jugularisverletzung, kompliziert durch Lufteintritt, und die Prophylaxe sowie Therapie dieses Unfalles. Fixierungen des Gefäßes durch Geschwülste und entzündliche Infiltrate, welche die Venenwand starr machen und ihr Kollabieren verhindern. auch ungenügende Blutpassage durch das Gefäß, wofür Unterbindungen der Seitenäste Bedeutung haben (Anämie des zentralen Gefäßendes), können hier in Frage kommen. Zur Verhütung des Unfalles ist bei schwierigen Geschwulstoperationen stets die präliminäre Unterbindung der Vene zentralwärts zu empfehlen. In Fällen wo der üble Zufall doch nicht zu vermeiden war, ist dort, wo die Verletzung im mittleren oder oberen Halsteile vorfiel, die Vene im zentralen Teile zu komprimieren und zu unterbinden. Sitzt die Verletzung tiefer, an schlecht oder gar nicht zugänglicher Stelle, so ist von Unterbindungsversuchen abzusehen, vielmehr Tamponade anzuwenden, mit welcher, wie außer anderen Chirurgen auch v. B. sah, solche Verletzte zur Heilung gelangen können. Zur Evakuation größerer Mengen eingedrungener Luft kommt außer der von v. O. erfolglos versuchten Katheteraspiration durch die Jugularvene nach Magendie auch die Aspiration des rechten Vorhofes bzw. Herzohres nach Delore und Duteil in Frage, die allerdings noch keine Erfolge aufzuweisen hat. — Zum Schluß Literaturverzeichnis von 11 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) U. Masucci. La faradizzazione della tiroide nella cura del gozzo esoftalmico.

(La nuova Rivista clinico therapeutica 1908. XI, 3.)

Bei einer 30jährigen Frau mit Morbus Basedow wurde in der Klinik de Renzi's durch die Faradisation des Kropfes (die eine Elektrode lag am Nacken, die andere auf der Schilddrüse) dauernde Heilung und Beseitigung der recht intensiven Symptome erreicht. **Strauss** (Nürnberg).

29) Piollet (Clermond-Ferrand). Der Gekreuzigte im Ösophagus als Fremdkörper.

(Province méd. 1907. November 23.)

Eine Irrsinnige hatte im religiösen Wahn das kupferne Bild des Gekreuzigten von einem Kruzifix verschluckt. Die ständige Behauptung, sie habe »le Bon Dieu« verschluckt und müsse ihn nähren, daß er nicht sterbe in ihr, erweckten Verdacht,

man bemerkte Dysphagie und Regurgitationen. Die Röntgenaufnahme zeigte deutlich das Bild, mit nach oben seitlich ausgestreckten Armen, an der dem obersten Speiseröhrenabschnitt entsprechenden Stelle. In Narkose gelang es unter größter Mühe, den Fremdkörper unter Leitung des Fingers unterhalb der Arytänoidknorpel mit einer gekrümmten Zange zu fassen und durch seitliche Bewegungen erst den einen, dann den anderen festgespießten Arm freizumachen. 2tägiges Fieber, 5tägige Dysphagie. Abstand beider Hände des Bildes 33 mm, Länge von Kopf zu Fuß 45 mm, vom Fuß nach jeder Hand 50 mm. Heilung. **Pietzsch** (Karlsruhe).

30) E. Heurard. 15 cas d'extractions de corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant au moyen d'une pince à branche glissante sous l'écran radioscopique, dans l'examen latéral.

(Arch. méd. belg. 1907. Dezember.)

Unter Chloroform, in Sitzhaltung und Hintenüberbeugung des Kopfes, unter Röntgenbeleuchtung, führt H. seine Zange in die Speiseröhre, wo sie, an den Fremdkörper herangeführt, diesen faßt und in der einfachsten Weise herausbefördert. Zum Mundaufhalten kann man ein White-Head Spekulum benutzen. Der linke Zeigefinger drückt die Zungenbasis herab, die rechte Hand führt die 28 cm lange, 8 cm vom vorderen Ende im Winkel von 90° gebogene Zange. Die untere Branche ist steif, die obere, auf ihr gleitende, beweglich biegsam. Das Erfassen des Fremdkörpers erfolgt spielend leicht. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

31) H. Thiemann. Fremdkörper im oberen Teile des Ösophagus, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entfernung aus der freigelegten, aber nicht eröffneten Speiseröhre.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXXV. Hft. 3.)

Trotz der Ösophagoskopie wird es immer noch eine Reihe von Fällen geben, in denen eine blutige Operation zur Extraktion von Fremdkörpern der Speiseröhre erforderlich wird. Für diese Fälle empfiehlt Verf. dringend die Freilegung der letzteren ohne Eröffnung nach Kramer. Sie ist kürzer an Dauer, vermeidet alle Komplikationen und besonders die Fistelbildung der Ösophagotomie. Natürlich kann das Verfahren nur beim Sitz des Fremdkörpers im oberen Teile der Speiseröhre und bei noch nicht lang dauernder Einkeilung angewendet werden. Es ist erstaunlich, wie leicht man den Fremdkörper lösen und vom Mund aus extrahieren kann. Bei zwei Pat. konnte Riedel bzw. der Verf. ein verschlucktes Gebiß auf diese Weise entfernen. In einem dritten Falle mußte freilich die Speiseröhre doch eröffnet werden, weil das Gebiß nach abwärts zu rutschen drohte.

T. beschreibt noch eine Reihe von Ösophagotomien, bei denen zum Teil die Schilddrüsenhälfte zur Freilegung der Speiseröhre exstirpiert wurde. Die Wunde wird jedesmal tamponiert, die Speiseröhrenwunde immer vernäht. Vorsichtige Ernährung, event. Anwendung des Schlundrohres dazu ist nach dem Eingriffe sehr wesentlich geboten. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

32) Paterson. The removal of foreign bodies from the air and food passages.

(Brit. med. journ. 1908. Nr. 8.)

P. bereichert die bisher noch recht spärliche englische Kasuistik der bronchoskopischen und ösophagoskopischen Entfernung von Fremdkörpern um zwei interessante Fälle. Im ersten Falle wurde einem 18jährigen Seemann in Narkose eine Haselnußschale (1,6 : 2 cm) aus dem linken Bronchus entfernt durch 9 mm-Killiantubus; im zweiten Falle hatte ein 16jähriger Bursche einen Pflaumenkern verschluckt, der an der Cardia sitzen geblieben war. Sondierungsversuche ergaben das Vorhandensein einer Stenose, ungefähr 20 cm von der Zahnreihe entfernt, als Folge einer Laugenverätzung in der Kindheit. Erst nach Überwindung dieser Stenose mit einem 9 mm-Ösophagoskop gelang es, den Fremdkörper dicht über der Cardia zu fassen und bis zur Stenose samt dem Tubus empor zu ziehen. Erst

beim dritten Versuch aber glückte es, den Pflaumenkern (2 : 1,2 cm) durch die enge Stelle hindurch zu bringen. Das Wesentliche des Falles liegt in dieser Erschwerung durch eine Verätzungsstenose. **Weber** (Dresden).

33) **G. E. Shukow.** Ein Fall von Kehlkopflymphangiom.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 9.)

18jähriges, von Kindheit an heiseres Dienstmädchen. Das ganze rechte falsche Stimmband wird von einer großen, elastischen, runden Geschwulst eingenommen, über die das rechte Lig. aryepiglotticum hinüberzieht. Probepunktion — Lymphe als Inhalt. Danach wurde die Geschwulst kleiner, man sah das rechte wahre Stimmband, die Stimme wurde reiner. Das Mädchen entzog sich weiterer Beobachtung. Eine Zeichnung zeigt den Befund. In der Literatur fand S. nur noch neun ähnliche Fälle, davon nur einer klinisch richtig erkannt.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

34) **K. J. Legkow.** Zur Behandlung des Sero- und Pyopneumothorax mit Ausspülung der Pleurahöhle mit physiologischer Kochsalzlösung.

(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 1, 2, 5. [Russisch.])

L. empfiehlt für Fälle von Sero- und Pyopneumothorax statt der schwereren Thorakotomie die Lewaschow'sche Operation: Punktion mit Ausspülung der Pleura. Er bringt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Tuberkulose, wo im Juli eine gewöhnliche Punktion, am 5. November, 31. Dezember und 5. Februar je eine Punktion mit Spülung ausgeführt wurde. Die Operation ist höchst einfach, gab jedesmal große Erleichterung (der Rest der Flüssigkeit wurde nach 3—4 Tagen resorbiert, die Temperatur stieg anfänglich, fiel aber bald bedeutend); neue Flüssigkeit sammelte sich erst nach 3—4 Wochen an. Für den Pat. ist die Operation viel leichter als die Thorakotomie: es bleibt keine Fistel zurück, und Pat. braucht nicht den schweren und äußerst unangenehmen Verband wie nach Brustschnitt. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

35) **G. Hotz.** Ein Beitrag zur Lungennaht.

(Deutsche Zeitschrift für Chiurgie Bd. XCII. p. 484.)

H. berichtet einen einschlägigen Fall der Enderlen'schen Klinik in Basel. Der 27jährige Pat. hatte mit einem langen schmalen Küfermesser einen Stich in die Brust neben der rechten Brustwarze erhalten. Bald danach in die Klinik gebracht, zeigte er hochgradige Anämie, Dyspnoe, hohe Pulsfrequenz, Blutung aus der Wunde, ebenso wie blutig-schaumigen Auswurf und die Zeichen von rechtsseitigem Hämatopneumothorax. Sofortige Operation, bestehend in Resektion von 10 cm der 5. Rippe, Erweiterung der vorhandenen, stark blutenden Pleurawunde, wonach die Hand in die Brusthöhle einführbar wird. Es werden große Mengen Blutes aus der Pleurahöhle geschöpft, die kollabiert an die Wirbelsäule zurückgesunkene Lunge hervorgeholt. Ihr Mittellappen zeigt eine 4 cm lange, 3 cm tiefe, glatte, vertikal stehende Schnittwunde. Fortlaufende Zwirnnaht derselben. Atmung und Puls hatten sich gebessert. Da die Parietalpleurawunde sich nicht ganz schließen ließ, wird der Lungenmittellappen hierhineingenäht, die Brusthöhle übrigens völlig geschlossen. Es kam zu verschiedentlichen Komplikationen, Pneumonie am 3. Tage, am 6. Tage Exsudat, das sich später zum Empyem entwickelte, so daß nochmalige Thorakotomie mit Resektion der 9. Rippe nötig wurde, weiterhin noch Lymphangitis, Furunkulose, Angina, metastatische Nahtabszesse, Störungen, die vielleicht im Zusammenhang mit nach der Verwundung beobachteter Glykosurie stehen — Endausgang indes günstig.

Außer dem eigenen Falle sind H. noch vier mit Naht behandelte Fälle von Lungenstichverletzung anderer Autoren bekannt geworden. Einer derselben starb gleich nach dem Eingriff an der Schwere der Verletzung (vier Stiche), die übrigen zeigten alle sehr günstigen, auffallend raschen Heilungsverlauf. Die Literatur zur Sache heranziehend, rät H. zu frühzeitiger operativer Versorgung von Lungen-

verletzungen, auch wo noch keine bedrohlichen Symptome vorliegen, da die Heilungsaussichten nach bereits erfolgtem Eintritt von Komplikationen schlechter werden. Die breite Öffnung der Brusthöhle beseitigt, wie auch in H.'s Berichtsfalle sich zeigte, die Organverschiebungen, die durch Pneumothorax bewirkt werden. Das Vorziehen der Lunge hat sich allen Operateuren bewährt und führt Hilusknickungen der Lunge nicht herbei. Nicht unzweckmäßig erscheint die Befestigung der genähten Lunge an die Brustwand, zumal wenn aus irgend einem Grunde die Pleurahöhle offen gehalten werden soll. Doch ist auch, namentlich wenn der Pneumothorax sofort beseitigt werden kann, die Versenkung der Lunge zulässig. Betreffs Versorgung der Pleura hält H. mit anderen Autoren den primären völligen Schluß der Pleurahöhle für das beste Verfahren. Er führt bei Ausbleiben von entzündlichen Komplikationen zu völlig primärer Heilung; kommt es dagegen später zu Empyem usw., so kann die Lungenwunde mittlerweile schon geheilt sein, und der Kranke wird sich an Kräftezustand genügend gebessert haben, um einer neuen Thorakotomie unterzogen werden zu können.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) W. H. Wynn. A case of actinomycosis (streptotrichosis) of the lung and liver successfully treated with a vaccine.

(Brit. med. journ. 1908. März 7.)

W. berichtet über den ersten Fall innerer Aktinomykose, der nach den Grundsätzen der Wright'schen Opsonintheorie mit einer Vaccine, die vom Organismus selbst gewonnen wurde, behandelt worden ist. Der sehr günstige Erfolg scheint dieser Behandlung zugeschrieben werden zu müssen. Ein 14jähriger Knabe, der seit mehreren Monaten an einer hartnäckigen Bronchitis leidet, erkrankt unter den Erscheinungen eines Empyems. Die Operation deckt eine unregelmäßige Höhle in der Lunge selbst auf. Im Eiter findet sich der Strahlenpilz in Reinkultur. Bei der ganz ungünstigen Prognose der Lungen- und Pleuraaktinomykose wurde der Versuch einer Vaccinebehandlung nach Wright gemacht. W. schabte 48 Stunden alte Agarkulturen des Krankheitserregers ab, sterilisierte und trocknete sie eine Stunde lang bei 60° und stellte sich aus dem zermahlenen Gemisch eine Emulsion von Kochsalzlösung und Glyzerin her, die er so weit verdünnte, daß jede Dosis 1 mg der Trockensubstanz an »Actinomycotin« enthielt. Bei sehr schlechtem Allgemeinzustand des Kranken wurde mit den Einspritzungen begonnen, und schon nach der ersten Dosis trat eine auffallende Besserung ein. Nach sechs Einspritzungen in ungefähr 14tägigen Pausen war die Temperatur normal, der Husten verschwunden, ebenso der Auswurf, die fistulöse Wunde sonderte nur noch wenig ab, der Allgemeinzustand wurde vorzüglich. Dauernde Heilung mit Pleuraschwarte und einer Kaverne (?) im unteren Lungenlappen, die keine Beschwerden verursachte. Der Rest der Arbeit bringt bakteriologische, kulturelle und technische Einzelnheiten.

Weber (Dresden).

37) Cattle and Edward. A case of abscess of the lung cured by incision and drainage.

(Brit. med. journ. 1908. März 7.)

Kurzer Bericht über einen glücklich operierten Fall von metapneumonischem Lungenabszeß, der nach langem Suchen in $6^1/_2$ cm Tiefe des linken Unterlappens gefunden und entleert wurde. — Glatte Heilung ohne Fistel.

Weber (Dresden).

38) J. Rovsing. Temporär osteoplastisk Resektion af Brystväggen ved kronisk Empyem. Pleura og ved Lungenabscesser.

(Hospitalstidende 1908. Nr. 1.)

In einem schweren Falle von chronischem Empyema pleura verfuhr Verf. folgendermaßen.

[illegible]

Einar Key (Stockholm).

39) O. Busse. Über ein Chondromyxosarcoma pleurae dextrae.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIX. p. 1.)

B. beschreibt ausführlich eine riesenhafte Geschwulst, die sich in der rechten Brusthöhle entwickelt und zu einer vollständigen Kompression der rechten Lunge und einer starken Verlagerung des Herzens geführt hatte. Sie machte makroskopisch den Eindruck eines Gallertkrebses, hielt sich im großen und ganzen an die Pleura und drang nur an einzelnen Stellen, so am Oberlappen der Lunge, in letztere ein. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Chondromyxosarkom. Auch wies sie nach, daß die Geschwulst mit der Lunge nichts zu tun hatte, vielmehr die Pleura als Ausgangspunkt der Neubildung allein in Betracht kam. Verf. hebt dann hervor, daß, abgesehen von den Endotheliomen, primäre Pleurageschwülste zu den größten Seltenheiten gehören. Er stellt die bisher bekannt gegebenen Fälle kurz zusammen. Für die von ihm beschriebene Neubildung fand er kein Analogon in der Literatur. Doering (Göttingen).

40) Albers-Schönberg. Die Bestimmung der Herzgröße mit besonderer Berücksichtigung der Orthophotographie. (Distanzaufnahme. Teleröntgenographie.)

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

A., der schon einen Apparat zur Röntgenographie des menschlichen Herzens in natürlicher Größe beim liegenden Pat. konstruiert hat, bringt uns hier einen neuen Apparat, bei welchem die Aufnahme des Herzens im Sitzen vorgenommen werden kann. Die Beschreibung des Apparates muß im Originale nachgelesen werden, ebenso die Berechnung über die Beurteilung der Größenverhältnisse im fertigen Bilde.

Für die Distanzaufnahmen braucht man natürlich tadellose starke belastungvertragende Durchleuchtungsröhren. Die große Entfernung der Lichtquelle bedingt eine gewisse Härte; jedoch darf man hierin nicht zu weit gehen, da sonst verschleierte Platten resultieren. Lieber exponiere man mit einer weichen Röhre längere Zeit. Das fertige Negativ soll den rechten und linken Herzzwerchfellwinkel zeigen, da diese Punkte für die Messung später gebraucht werden. Ferner müssen die Konturen vom Herzen und den großen Gefäßen, die Hilusschatten und Teile der umgebenden Lungen deutlich zu differenzieren sein. Selbst auf hochgradig unterexponierten Bildern sind diese Schatten besser zu erkennen als auf Platten, welche durch zu harte Strahlen verschleiert sind. Sehr wichtig für die Güte des Bildes ist die Einengung der Schiebeblende an der Bleikiste. Bei dem vorbeschrie-

benen Apparate reicht eine Blendenweite von 1 qcm gerade aus, um Herz, große Gefäße und einen Teil beider Lungen auf die Platte zu bekommen. Man wird je nach der Qualität der Röhre und Dicke des Pat. die Expositionszeit bemessen. 3—4 Minuten werden wohl stets ausreichen. Die Atmung, sowie die Eigenbewegungen des Herzens beeinträchtigen, da die Winkelbewegung eine sehr kleine ist, die Güte des Bildes wenig oder gar nicht. Ist man in der Anwendung von Verstärkungsschirmen geübt, so kann man dieselben, event. doppelt mit Films, benutzen und hierdurch die Expositionszeit abkürzen. **Gaugele** (Zwickau).

41) **Péraire et Lefas.** Lipome douloureux de l'aiselle avec glande mammaire aberrante.

(Bull. et mém. de la soc. d'anat. de Paris 1907. Nr. 9.)

Bei einem 23jährigen Mädchen fand sich eine sehr druckschmerzhafte nußgroße Geschwulst der linken Achselhöhle. Die Schmerzen strahlten dabei zur linken Brustdrüse aus und steigerten sich zur Zeit der Menstruation. Diagnose: Lipom. Im Zentrum der exstirpierten Geschwulst findet sich außer zahlreichen Nerven Brustdrüsengewebe.

In der Diskussion schildert Morestin eine ganz analoge Beobachtung; er hält die Achsel für einen Lieblingssitz versprengter Brustdrüsenkeime und hält es für nötig, die Lipome daraufhin zu untersuchen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

42) **Payenneville.** De la phlébite et thrombophlébite blennorrhagique des veines de la verge.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XXVI. Hft. 8.)

Mitteilung von drei eigenen, bisher nicht veröffentlichten Fällen und zwei Beobachtungen aus der Literatur. Die Phlebitis und Thrombophlebitis der Venen des Gliedes ist außerordentlich selten. Mit Ausnahme ganz seltener Fälle, in denen sekundär Gangrän der Eichel, Vorhaut oder Harnröhre eingetreten ist, kann die Prognose günstig gestellt werden. **Paul Wagner** (Leipzig).

43) **Rochet et Montot.** Calculs endogènes de la prostate.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. Bd. XXVI. Hft. 7.)

Es handelte sich um einen 54jährigen Kranken, der niemals Zeichen einer renalen oder vesikalen Lithiasis dargeboten hatte. Mittels einer prärektalen Inzision wurden aus der Tiefe der beiden Prostatalappen ungefähr 150 Konkremente entfernt, die sich in der Drüse selbst gebildet hatten. Es handelte sich also um wirkliche endoprostatische Steine. Es fand sich auch keine breite Kommunikation mit der Urethra prostatica. Die Konkremente bestanden in der Hauptsache aus kohlensaurem Kalk mit Spuren von phosphorsaurem und oxalsaurem Kalk. Der Kranke litt außerdem an einer chronischen Urethritis mit Striktur. Hierin ist wohl die Ursache der Steinbildung zu suchen; es handelte sich um eine sog. sekundäre Lithiasis infolge von Ablagerungen von Salzen um die normalen Prostatasekretionen. Sichere Fälle von endogener Steinbildung in der Prostata sind sehr selten. **Paul Wagner** (Leipzig).

44) **B. N. Cholzow.** Über Indikation und Technik der Prostatektomie auf Grund eigener Beobachtungen.

(Russki Wratsch 1907. Nr. 9—11.)

In leichten Fällen — in der ersten Periode der Prostatahypertrophie — kann man die Vasektomie machen. Sonst gibt C. der Prostatektomie den Vorzug. 2mal machte er die perineale Prostatektomie; in 1 von diesen Fällen blieb Inkontinenz zurück. 10mal wurde die Prostatectomia suprapubica ausgeführt. Es wurden folgende Komplikationen beobachtet: Thrombose beider Femoralvenen 1mal, geheilt; Harninfiltration (im Zentrum der Prostata befand sich ein kleiner Abszeß), Tod — 1 Fall; Pneumonie, Tod — 2 Fälle; Orchiepididymitis 1mal, Heilung; Fieber infolge Zersetzung von Blutgerinnseln in der Prostatakapsel 1mal, Heilung. 5mal mußte die Fistel plastisch geschlossen werden. — Zur Stillung der Blutung

führte C. in 8 Fällen die Tamponade der Blase mit gutem Erfolg aus; dieselbe schützte gleichzeitig vor Harninfiltration (der Fall mit letzterer war nicht tamponiert worden). Bei schlechtem Allgemeinzustand, bei Cystitis und Pyelitis, muß man zweizeitig operieren: Cystotomie, später — nach Besserung des Zustandes — Prostatektomie. Das funktionelle Resultat war in den geheilten Fällen der suprapubischen Prostatektomie ein gutes. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

45) **Young.** A report of one hundred consecutive perineal prostatectomies without a death.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1908. Nr. 7.)

Y. hat bis Mitte Januar 1908 im ganzen 238mal die perineale Prostatektomie ausgeführt. Unter den letzten 112 Operationen war kein Todesfall. Im ganzen beträgt Y.'s Mortalität 7 Fälle gleich 2,9%.

Blasensteine waren 10mal vorhanden, in 75% schwere Cystitis. Das Alter der Operierten schwankt im wesentlichen zwischen 50 und 80 Jahren, über 80 Jahre alt waren 2, unter 50 Jahren 6 Pat., 8 waren schwerkrank, 2 waren Apoplektiker. In 6 Fällen war über 1 Liter Residualharn, 6 waren bereits urämisch. Andere hatten hochgradige Herzschwäche, Lungentuberkulose und andere Krankheiten. Kein Pat. wurde vom Verf. wegen zu schlechten Kräftezustandes wieder fortgeschickt, es handelt sich also keineswegs um ausgesuchtes Material.

Unter den letzten 103 Fällen ist keine Rekto-Urethralfistel vorgekommen. Die Dammfisteln heilten in der Regel binnen 2 Wochen, da Verf. in den letzten Jahren den Tampon bereits am Tage nach der Operation wegnimmt und nicht erneuert. Nur in 2 Fällen blieb Inkontinenz zurück. Kein Pat. bedarf noch des Katheters. Die meisten Operierten wurden in ihren sexuellen Funktionen gar nicht geschädigt, da Y. die Sphinkteren und die Ductus ejaculatorii nicht zu verletzen pflegt. Bei 5 Pat., denen die sexuellen Funktionen vor der Operation verloren gegangen waren, stellten sie sich nach derselben wieder ein.

Am Tage nach dem Eingriff kommen die Operierten aus dem Bett und müssen nach wenigen Tagen bereits umhergehen. Mit bestem Erfolge hat Y. 17 Fälle von Prostatitis chronica der Totalexstirpation unterworfen.

20% aller wegen prostatischer Beschwerden zum Verf. gekommenen Pat. hatten ein Karzinom; aber nur 6 von ihnen konnten noch operiert werden. Von diesen sind 2 nach 3 Jahren noch gesund. Die Beschwerden der 87 in Beobachtung des Verf.s gewesenen Karzinomatösen waren meist nicht solche von seiten des Harnapparates, sondern neuralgische Erscheinungen mannigfacher Art. Bei Operationen von Karzinomen geht Verf. sehr weit: er opfert prinzipiell auch die Samenblasen, die vorderen zwei Drittel des Trigonum und ein Stück des Blasenhalses.

W. v. Brunn (Rostock).

46) **Giudice.** Intervento chirurgico in un caso di ferita intraperitoneale della vescica per colpo di arma da fuoco.

(Congr. sanit. 21. Dezbr. 1908. — Morgagni 1908. III. Nr. 18.)

Das Geschoß eines in die rechten Nates eingedrungenen Revolverschusses findet sich in der linken Leiste. Der Katheter entleert blutigen Urin, und es bestehen die Zeichen innerer Blutung. Bei der Laparotomie findet sich in der hinteren Blasenwand links die Wunde, die durch eine doppelte Naht geschlossen wird. 10 Tage bleibt ein Verweilkatheter liegen. Nach 25 Tagen wird Pat. geheilt entlassen. **Dreyer** (Köln).

47) **Stirling.** The treatment of early tuberculosis of the bladder.

(Intercolonial med. journ. of Australasia 1908. März 20.)

S. hat Blasentuberkulose im Frühstadium, durch Infektion von der Harnröhre aus entstanden, in einer Anzahl von Fällen mit guten Resultaten folgendermaßen behandelt: täglich mehrere Monate lang Instillationen einer 20%igen Protargollösung in die hintere Harnröhre und Blase mit der Ulzmann'schen Spritze, dabei Bettruhe, Freiluftbehandlung, Mastkur usw. In einzelnen Fällen schienen gleichzeitige Tuberkulineinspritzungen von Nutzen zu sein. **Mohr** (Bielefeld).

48) **Jerie.** Eine Modifikation der Aufnahmetechnik bei der Skiagraphie der Blasensteine.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XII. Hft. 1.)

Die Röntgenographie nimmt bei der Diagnostik der Steine und Fremdkörper in der Harnblase nicht den ersten Platz ein, da man diese oft durch Tastung, meist mittels der Sonde, sicher mit Hilfe des Cystoskops, nachweisen kann.

Abgesehen davon, daß diagnostische Irrtümer durch die Beckenflecken zustande kommen können, sind bei der Durchleuchtung technische Schwierigkeiten zu überwinden, die darin bestehen, eine mehr oder weniger mächtige Schicht von Weichteilen, besonders oft von großen Fettmassen, zu durchdringen. Erleichtert wird die Aufnahme in diesen Fällen durch die Kompressionsblende von Albers-Schönberg.

In einem Falle hat Verf. bei einer Frau eine günstige Aufnahme in der Weise erreicht, daß er eine durch schwarzes Papier und Billrothbattist geschützte Platte in die Scheide der Frau einführte. Diese Methode hat natürlich den großen Vorteil, daß bei der Durchleuchtung die ganze hintere Beckenwand und die dicken Weichteilschichten des Gesäßes wegfallen.

Natürlich kann sie nur Anwendung finden bei Frauen mit weiter Vagina.

Verf. konnte übrigens diese Methode auch bei einer Frau mit rechtsseitigem Eierstockstumor anwenden; auf der Platte sah man einen zweiten Schatten in dem Schatten der Geschwulst. Durch die Operation wurde bestätigt, daß es sich um eine Dermoidcyste mit einem Knochen im Innern handelte.

Gaugele (Zwickau).

49) **E. A. Balloch.** Hematuria in pregnancy.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 3.)

Der Verf. erkennt die idiopathische Hämaturie nur in den zwei Fällen von Schede und Klemperer an, während er für alle anderen Fälle eine pathologisch-anatomische Grundlage für die Nierenblutung als erwiesen betrachtet. In einem selbst beobachteten und ausführlich beschriebenen Falle handelte es sich um eine Hämaturie, die B. auf Kongestion durch wiederholte, rasch aufeinander folgende Schwangerschaften zurückführt. Eine 31jährige Frau, die im Laufe von 10 Jahren 9mal schwanger war (7mal lebende Kinder, 2mal Fehlgeburten), hatte während jeder Schwangerschaft geschwollene Füße. Gegen Ende der sechsten Gravidität zeigte sich zum erstenmal 10 Tage lang Blut im Urin, das nach der Entbindung schwand. In der darauf folgenden Schwangerschaft bestand keine Blutung, die erst im letzten Drittel der achten Gravidität wieder erschien, um auch nach der Entbindung nicht ganz zu schwinden. Cystoskopisch konnte die Quelle der Blutung in der linken Niere festgestellt werden, weshalb die Nephrektomie vorgenommen wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Glomerulonephritis. Kurz nach der Operation wurde Pat. abermals schwanger. Es kam wiederum zur Hämaturie, die nach der Entbindung aufhörte und niemals hochgradig war. Trotzdem kommt Verf. zum Schluß, daß er in analogen Fällen zuerst die Enthülsung oder Nephrotomie versuchen würde, um die Niere, wenn irgend möglich, zu erhalten.

Die in solchen Fällen gewiß berechtigte Einleitung der künstlichen Frühgeburt bzw. die Verhinderung der Konzeption wird merkwürdigerweise nicht vorgeschlagen. (Der Ref.) **Strauss** (Nürnberg).

50) **Kelly.** Anuria and nephrostomy by the ureter.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1908. Februar.)

Verf. hatte wegen Uteruskarzionoms eine Totalexstirpation vorgenommen, die von Rezidiv gefolgt war. Es entwickelte sich eine Pyonephrose der rechten Niere bei guter Funktion der linken. Exstirpation der total zerstörten rechten Niere. Anurie mit schweren Ödemen.

Sofort nach Einführen des Harnleiterkatheters begann eine überaus reichliche Absonderung aus der linken Niere, die aber nach Entfernung des Katheters sofort aufhörte. Der Katheter mußte dauernd liegen gelassen werden.

Die Ursache für die Stenose war Kompression durch das Geschwulstrezidiv, an dem Pat. schließlich starb. **M. v. Brunn** (Rostock).

51) Kunith. Ein Fall von primärer Nierenaktinomykose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 181.)

K. hat über den von Neumann im Berliner Friedrichshain-Krankenhause operierten Fall in der Berliner Chirurgenvereinigung vorgetragen, und verweisen wir auf den darauf bezüglichen Bericht in unserem Blatte, laufender Jahrgang p. 49. Vorliegende Arbeit bringt nähere Daten sowie eine kolorierte makro- und mikroskopische Abbildung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

52) M. Levy. Sur un cas de tumor fibreuse de la vaginale avec recidive.

(Province méd. 1908. Nr. 12.)

L. berichtet über einen Fall einer fibrösen Geschwulst der Tunica vaginalis testis. Vor 15 Jahren hatte Tédenat eine faustgroße bindegewebige Geschwulst entfernt, die mit dem Hoden nicht zusammenhing und von der Scheidenhaut ausging. Die Geschwulst wurde damals abgetragen und der Hode mit entfernt. Nun trat ein viel größeres Rezidiv auf, das im Anschluß an eine Blennorrhöe schnell die Größe eines Mannskopfes erreichte. Tédenat exstirpierte die von einer Kapsel umgebene fibröse Geschwulst. Diese Geschwülste sind selten; noch seltener Rezidive. Ihr Ausgangspunkt steht nicht fest, doch führt man sie auf das Bindegewebe des Tubernaculum Hunteri zurück. Die Möglichkeit einer sarkomatösen Entartung erheischt den chirurgischen Eingriff. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

53) F. Moty. Le drainage systématique, comme moyen prophylactique des phlébites post-opératoires.

(Semaine méd. 1908. Nr. 12.)

Nach der Statistik von Cordier tritt die Phlebitis nach abdominaler Uterusexstirpation wegen Myom mit primärem völligen Verschluß der Bauchhöhle sehr viel häufiger auf als nach vaginaler Entfernung. Gerster sieht als Grund hierfür die Tatsache, daß nach vaginaler Exstirpation eine natürliche Drainage der Bauchhöhle vorhanden ist, und daß letztere so leichter mit einer etwaigen Infektion fertig wird. Da nun die Phlebitiden nach aseptischen Bauchoperationen Folge von Infektionen sind, so verschloß M., um eine Ableitung der Wundprodukte zu ermöglichen, die Bauchhöhle grundsätzlich nicht, führte vielmehr stets ein feines Drain ein. In vorliegender Arbeit stellt er seine Operationsresultate nach festem Verschluß der Bauchhöhle denen nach Drainage gegenüber. Während er früher 1,1% Phlebitis sah, hat er jetzt keinen Fall, allerdings nur unter 400 Operationen. **Coste** (Breslau).

54) Lindenstein. Über Extra-uterin-Gravidität.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LVI. p. 611.)

Im Nürnberger Krankenhause wurden 19 Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft operiert, unter denen sich 13 Eileiterzereißungen mit akuter Blutung befanden. 14 wegen Verblutungsgefahr sofort operierte Pat. wurden alle gerettet. Bei dringlichen Fällen wird der mediane Längsschnitt gemacht und auf die Auswaschung der Bauchhöhle verzichtet. Bei Fällen von tubarem Abort ohne akute Blutung oder bei Molenbildung wird der Pfannenstiel'sche Querschnitt bevorzugt. Vor vaginalen Operationen ist im allgemeinen dringend zu warnen.

Reich (Tübingen).

Berichtigung: Auf p. 678 Z. 6 von unten ist hinter Todesfall einzuschalten »an Peritonitis«.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, F. KÖNIG, E. RICHTER,
in Bonn, in Berlin, in Breslau.

35. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 26. **Sonnabend, den 27. Juni** **1908.**

Inhalt.

Aus der Breslauer chirurgischen Klinik.
Direktor: Prof. Dr. Küttner.

Über Antifermentbehandlung eitriger Prozesse ohne Inzision.

Von

Dr. Alfred Peiser, Assistent der Klinik.

Auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß[1] habe ich gemeinsam mit Eduard Müller über Antifermentbehandlung eitriger Prozesse berichtet. Ich hatte die günstigsten Resultate bei abszedierenden Eiterungen, bei denen das Antiferment am ausgiebigsten mit dem Eiterherd in Berührung kommt, und sagte bereits damals, daß in diesen Fällen ein verhältnismäßig kleiner Hautschnitt genügt.

Es lag nun nahe, an Stelle des kleinen Hautschnittes die einfache Punktion des Eiters mit folgender Antifermentausspülung des Abszesses vermittels der Punktionsspritze zu setzen. Ich ging folgendermaßen vor: Nach Reinigung der Haut Einstich an der Stelle deutlichster Fluktuation mit starker Kanüle und Ansaugen des Eiters mit

[1] Vgl. auch Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 17.

gut saugender Spritze. Nachdem der Eiter möglichst entleert, Injektion von Antifermentserum, stets mehrere Kubikzentimeter weniger als die entleerte Eitermenge beträgt, um jeden Druck im Entzündungsherde zu vermeiden. Dieses Serum wurde mit der Spritze nach einigen Minuten wieder herausgesaugt, weil mit ihm gewöhnlich noch Eiter herauskommt. Darauf nochmalige Injektion neuen Serums. Ich hatte anfangs gefürchtet, daß trotz der bakteriziden Kraft des Antifermentserums dasselbe in dem geschlossenen Eiterherde allmählich ein Nährboden für die Bakterien werden könnte, zumal in Eiterherden die Resorption verlangsamt ist. Ich zog deshalb anfangs auch das letztinjizierte Serum mit der Spritze wieder heraus und legte einen feuchten Verband an. Nachdem ich mich jedoch allmählich überzeugt hatte, daß ein nicht geringer Teil des Serums sich doch nicht wieder entleeren ließ, und keinerlei Schaden dadurch entstand, änderte ich die Technik dahin, daß ich das als letztes injizierte Serum in der Abszeßhöhle ließ. Die Resultate waren ausgezeichnet. Ich führe kurz nur zwei Beispiele an.

1) Ernst M., 18 Jahre alt. Vor 3 Wochen kleine harte Stelle an der Innenseite des rechten Ellbogens, allmählich zunehmende Schwellung und Rötung, Schmerzen in der Achselhöhle.

Befund: 19. Mai. Handtellergroße Rötung an der Innenseite des rechten Ellbogens, außerordentlich druckempfindlich. In der Tiefe deutliche Fluktuation. Achseldrüsen vergrößert und schmerzhaft. Entleerung von 6 ccm dickflüssigen Eiters durch Punktion. Injektion von Serum, das zum Schluß wiede rentleert wird.

20. Mai. Noch sehr starke Infiltration in der Umgebung der Punktionsstelle, jedoch nur ganz geringe Druckempfindlichkeit. Punktion an derselben Stelle ergibt nur wenige Tropfen trüb-seröser Flüssigkeit.

21. Mai. Schwellung fast völlig geschwunden, keine Druckempfindlichkeit, keine Spur von Fluktuation. Salbenverband.

22. Mai. Geheilt entlassen.

2) Marie H., am 10. Mai 1908 in der Frauenklinik entbunden. Am 22. Mai Schmerzen in der linken Brust, mit Alkoholumschlägen vergeblich behandelt. Deshalb Verlegung in die chirurgische Klinik.

Befund: Zwischen den beiden oberen Quadranten der linken Mamma handtellergroße, sehr druckempfindliche Rötung, in der Mitte und besonders nach der Mammilla zu deutliche Fluktuation.

27. Mai. Entleerung von 22 ccm Eiter, Injektion von 10 ccm Serum, das nicht entleert wird.

28. Mai. Temperatur abgefallen, Entleerung von 18 ccm dünnflüssigen Eiters, Injektion von Serum. Dieser Eiter zeigt auf der Serumplatte deutlich geringeren Antifermentgehalt als der erste. In den nächsten 2 Tagen vor- und nachmittags je einmal Entleerung der allmählich geringer werdenden Eitermenge, stets an derselben Stelle Punktion und Injektion von Serum. In der Zwischenzeit Eisblase auf die Brust. Temperatur normal.

31. Mai. Kein Eiter mehr, allmähliches Zurückgehen der Infiltration.

3. Juni. Ohne Narbe geheilt entlassen.

Ich behalte mir vor, eine größere Anzahl von Krankengeschichten in einer in Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie erscheinenden Arbeit zu bringen, die ich gemeinsam mit Eduard Müller über die Technik der Antifermentbehandlung veröffentlichen werde.

Ich bin dann dazu übergegangen, auch mehr phlegmonöse Prozesse, sodann tiefliegende Drüsenabszesse mit starker entzündlicher Infiltration der Umgebung mit Punktion und Injektion von Antifermentserum zu behandeln. Auch diese mit Erfolg. Nur tritt hier

meist nicht sofortiger Abfall der Temperatur ein. Die Pat. fiebern noch einige Tage, und die Infiltration bildet sich nur ganz allmählich zurück. Immerhin bewiesen mir diese Fälle, daß man in der Tat die Inzision vermeiden kann, und das ist vom kosmetischen Standpunkt oft von besonderer Wichtigkeit. So hatte ich u. a. die Freude, bei einem Mädchen einen pflaumengroßen Abszeß im Gesicht ohne jede Narbe heilen zu sehen. Ich möchte besonders betonen, daß die sog. schwappenden Abszesse mit verdünnter bläulicher Haut, die dem Durchbruch nahe ist, durchaus nicht, wie man zunächst annehmen sollte, die besten Fälle für die Antifermentbehandlung sind, und zwar deshalb, weil hier neben dem eitrigen Prozeß in der Tiefe noch der nekrotisierende Prozeß in der Haut spielt.

Um übrigens unliebsamen Prioritätserörterungen vorzubeugen, möchte ich folgendes bemerken. Ich bin weit davon entfernt zu behaupten, daß ich der erste bin, der Abszesse mit Punktion behandelt. Neu ist nur, daß ich die Injektion von Antifermentserum als Heilfaktor zur Behandlung hinzufüge, basierend auf der theoretisch-experimentellen Grundlage, die ihr Eduard Müller gegeben hat. Die Behandlung eitriger Prozesse ohne Inzision ist die erste Frucht, die die Antifermentbehandlung von vornherein zu liefern versprach. Nachdem die Studien über das Karzinom und die Karzinomkachexie ergeben haben, daß mit großer Wahrscheinlichkeit auch hier gewisse Fermente eine wichtige Rolle spielen, sind wir auf Veranlassung von Herrn Prof. Küttner augenblicklich mit Versuchen über Ferment- und Antifermentbehandlung von malignen Tumoren in der Klinik beschäftigt, ohne daß wir uns zunächst ein abschließendes Urteil erlauben wollen.

Anm.: Als Antifermentserum wurden in allen Fällen sehr eiweißreiche, menschliche Punktionsflüssigkeiten aus Brust- und Bauchhöhle benutzt, die durch bakteriensichere Porzellan- bzw. Berkefeldfilter vollkommen keimfrei gemacht und auf hohen Gehalt an Antiferment mit Hilfe des Plattenverfahrens von E. Müller geprüft waren.

---

1) A. Cuff. Primary pneumococcic peritonitis.

(Brit. med. journ. 1908. April 18.)

Es gibt primäre, eitrige Peritonitiden, in denen es durchaus nicht gelingt, einen Einbruchsherd in den Baucheingeweiden nachzuweisen. Dazu gehört die Pneumokokkenperitonitis, die meist weibliche Kinder betrifft. C. berichtet kurz über fünf solche Fälle aus eigener Beobachtung: ein Mann und vier Frauen im Alter von 17—42 Jahren. Sie wurden alle operiert mit drei Todesfällen. Durch Studium seiner eigenen Beispiele und derjenigen der Literatur kommt C. zu folgenden Schlüssen: Eine akute Peritonitis kann der einzige Herd einer allgemeinen Pneumokokkeninfektion sein. Andere Organherde können ihr folgen. Bezeichnend und diagnostisch wertvoll sind der plötzliche Beginn ohne voraufgegangene Bauchsymptome, das Auftreten von

Darmlähmung, frühe Allgemeinvergiftung. Die Prognose ist [illegible] ernst. Die Theorie, die als Eingangspforte Schleimhaut und Tube annimmt, lehnt C. ab; er hält vielmehr die Peritonitis nur für den [illegible] Ausdruck einer allgemeinen Blutinfektion.

Weber (Dresden).

---

2) **Propping.** Über die klinische Bedeutung der Differenz zwischen Rektal- und Axillartemperatur, speziell bei Peritonitis. (Aus der chirurg. Klinik des städt. Krankenhauses Frankfurt a. M. Prof. L. Rehn.)

(Münchener med. Wochenschrift 19[illegible] Nr. 11.)

Die Untersuchungen ergaben folgendes: Der abnorm große Temperaturunterschied um 1° und mehr zwischen Mastdarm und Achselhöhle wird beim gesunden wie beim fiebernden Organismus durch niedrige Axillartemperatur hervorgerufen; er ist umgekehrt proportional der Größe der Wärmebildung in den Muskeln. Er kommt bei allen fieberhaften Krankheiten vor, bei Peritonitis — auf der Höhe der Erkrankung — in etwa 1/4 der Fälle und ist bei dieser Erkrankung prognostisch von ernster Bedeutung.

Kramer (Glogau).

---

3) **A. Krogius** (Helsingfors). Über die chirurgische Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis.

(Sammlung klin. Vorträge 467/468.)

K. berichtet über seine seit 1901 an 180 genau mitgeteilten Fällen (84 †) von diffuser eitriger Peritonitis gesammelten Erfahrungen. Von jenen beziehen sich 128 auf vom Wurmfortsatz ausgegangene Peritonitiden (76% der bis 36 Stunden nach der Erkrankung operierten Fälle geheilt; im ganzen 54% Heilungen), 22 auf Peritonitiden infolge Magengeschwürsdurchbruch (50% der bis 24 Stunden nach dem Durchbruch operierten geheilt, im ganzen 41% Heilungen) und 30 auf Peritonitiden verschiedenartigen (weibliche Genitalien, subkutane Darmruptur, Typhusgeschwüre usw.) Ursprunges (57% der bis 24 Stunden nach der Erkrankung operierten geheilt; im ganzen 40% Heilungen). Verf.s Standpunkt ist folgender:

Die diffuse eitrige Peritonitis ist eine chirurgische Affektion, die nur durch operative Behandlung wirksam bekämpft werden kann. Die erste Bedingung, um hierdurch günstige Resultate zu erzielen, ist eine frühzeitige Diagnose der Krankheit, sowie eine darauf basierte frühzeitige Operation derselben. Eine sichere Diagnose kann in den meisten Fällen schon innerhalb der ersten Stunden nach der Erkrankung gestellt werden, und zwar auf Grund der schweren Bauchschmerzen, der Muskelspannung und Empfindlichkeit über dem Bauche, der (im Mastdarm zu messenden) Temperatursteigerung bzw. der Hyperleukocytose, des beschleunigten Pulses, des schwer angegriffenen Aussehens des Pat., des Erbrechens usw. In jedem Falle, wo ein Pat. unter stürmischen Bauchschmerzen erkrankt ist und Muskelspannung

sowie Empfindlichkeit über dem Bauche nebst sonstigen Symptomen darbietet, die den Verdacht auf eine beginnende Peritonitis entstehen lassen, ist der zuerst geholte Arzt verpflichtet, wo dies geschehen kann, einen Chirurgen herbeizurufen, der von nun an die Verantwortung für die richtige Behandlung des Falles zu übernehmen hat. Die operative Behandlung muß in erster Linie darauf hinausgehen, die Infektionsquelle aufzusuchen und zu entfernen bzw. abzuschließen, sowie das septische Exsudat zu entleeren; zu diesem Zwecke sind große, gegebenenfalls mehrfache Bauchschnitte erforderlich. Hinsichtlich der Zweckmäßigkelt von Ausspülungen der Bauchhöhle zu Desinfektionszwecken sind die Ansichten der Chirurgen sehr geteilt. Bindende Beweise für die Nützlichkeit und Notwendigkeit der Ausspülungen dürften nicht erbracht worden sein; dagegen ist aus guten Gründen zu befürchten, daß sehr prolongierte und reichliche Ausspülungen schädlich wirken können, indem sie die Operation übermäßig verlängern und in gewissen Fällen zur weiteren Ausbreitung der Infektion beitragen können. Nur in solchen Fällen erscheint der Nutzen der Ausspülungen unzweifelhaft, wo es sich darum handelt, chemisch reizende Flüssigkeiten (z. B. sauren Mageninhalt) oder fremde feste Partikeln aus der Bauchhöhle wegzuspülen. Das hauptsächlichste Mittel zur Bekämpfung der peritonealen Infektion muß in jedem Falle die Drainage der Bauchhöhle werden, wodurch die infektiösen Produkte fortdauernd abgeleitet werden. Das wirksamste uns bisher zu Gebote stehende Mittel sind ohne Zweifel große, nach v. Mikulicz angelegte Tampons, durch welche auch die Beckenhöhle ausgiebig trockengelegt werden kann. Bei Frauen läßt sich diese auch durch eine Röhre drainieren, welche durch eine im hinteren Scheidengewölbe angelegte Gegenöffnung eingeführt wird. Desgleichen eignen sich Drains, die durch hinten angelegte Gegenöffnungen eingeführt werden, gut zur Ableitung des Exsudates von den Lendengegenden und den subphrenischen Räumen. Bei der Nachbehandlung besitzen wir in den intravenösen Salzwassereingießungen ein unschätzbares Mittel, um dem Organismus Flüssigkeit zuzuführen und zu gleicher Zeit die Herztätigkeit anzuregen. Selbst in den Fällen, wo bereits Kollapserscheinungen eingetreten sind, gelingt es bisweilen noch, durch standhaft fortgesetzte derartige Eingießungen die Kräfte des Pat. so lange zu erhalten, bis die peritonitischen Symptome nachgelassen haben. — Wenn nach der Operation eine totale Verstopfung mit Meteorismus und Erbrechen eintritt und diese Symptome unter Einwirkung der gewöhnlichen Mittel nicht weichen wollen, so darf man nicht zögern, durch Anlegung einer Darmfistel an einer geblähten Darmschlinge den ausgedehnten Darm womöglich zu entlasten. Die Fistel wird am zweckmäßigsten nach Witzel's Schrägkanalmethode hergestellt.

Die Ergebnisse der wegen diffuser Peritonitis vorgenommenen Operationen gestalten sich im allgemeinen günstig, wenn die Operationen frühzeitig, binnen der ersten 12—24 bis höchstens 36 Stunden nach der Erkrankung ausgeführt werden, indem dann, wenigstens

in den vom Wurmfortsatz ausgehenden Fällen, bei der Mehrzahl der Pat. Genesung erfolgt. Nach dieser Zeit werden die Ergebnisse wesentlich ungünstiger; aber auch von den später operierten Kranken kann noch ein, wenn auch geringerer Teil durch die Operation gerettet werden.

Um für die Peritonitisbehandlung eine feste theoretische Grundlage zu gewinnen und zugleich für dieselbe neue Anregungen und Gesichtspunkte zu ermöglichen, wäre es zu wünschen, daß die Frage von der Bakteriologie der Peritonitiden unter spezieller Berücksichtigung der anaeroben Bakterien zum Gegenstande erneuter, eingehender Untersuchungen gemacht würde. **Kramer** (Glogau).

---

4) **N. Bardescu** (Bukarest). Die inguinale Methode für die Operation der Schenkelhernie.

(Revista stiintzelor med. 1908. Januar—Februar.)

Die Operation der Schenkelbrüche auf inguinalem Wege gibt die besten Resultate; Verf. hat nach derselben an 22 Pat. 28 Hernien mit bestem Erfolg operiert. Der Eingriff hat den Vorzug der Einfachheit und den, daß ein breites, gut beleuchtetes Operationsfeld geschaffen wird, außerdem kann durch Eröffnung des Bauchperitoneums eine gute Ablösung aller Verwachsungen des Sackes durchgeführt, der Sack hoch oben abgebunden werden, und durch eine vollkommene Schließung des Schenkelringes werden gute Verhältnisse für die Radikalkur geschaffen. Die Operation besteht im großen und ganzen in Eröffnung des Leistenkanals, in Präparierung, in Loslösung und Überführung des Sackes in die Leistengegend, Eröffnung und Naht desselben und schließlicher Naht des Schenkelbogens an das Cooper'sche Band. Die Operation wird schließlich nach der Bassini'schen Radikalmethode beendet. **E. Toff** (Braila).

---

5) **Holzknecht** und **Jonas.** Die radiologische Diagnostik der intra- und extraventrikulären Tumoren und ihre spezielle Verwertung zur Frühdiagnose des Magenkarzinoms. 125 S.

Wien, **M. Perles**, 1908.

Nachdem Rieder im Jahre 1904 die Möglichkeit der röntgenographischen Aufnahme des Magens gezeigt hatte, haben Verff. die röntgenologische Magenuntersuchung weiter methodisch ausgebaut und ihr speziell durch planmäßige Vervollkommnung der Röntgenoskopie zu großen Erfolgen verholfen. Am Schluß des zweiten Teiles ihrer Arbeit betonen sie besonders die Wichtigkeit der röntgenoskopischen Untersuchung im Gegensatze zu anderen Autoren, welche die röntgenographische Aufnahme für ausreichend erachten. Wer noch an der Richtigkeit der H.-J.'schen Anschauung zweifelt, wird sich an der Hand der zahlreichen schematischen Schirmpausen leicht über-

zeugen lassen, daß ein einzelnes, aus den verschiedenen Füllungs- und Bewegungsphasen durch Röntgenographie herausgeschnittenes Bild leicht zu Fehldiagnosen Anlaß geben kann, daß zu einer exakten Deutung mindestens eine länger dauernde Röntgenoskopie gehört, ergänzt durch eine ganz bestimmte Technik, welche Verff. allmählich ausgebildet haben. Sie besteht im wesentlichen darin, daß sie zunächst Wismutwasser trinken lassen, dessen Vorschreiten verfolgen, dann, noch ehe die Magenperistaltik einsetzt, durch bestimmte effleurageähnliche Bewegungen den Inhalt in und aus dem Magen zu verschieben suchen. Dann wird sogleich Wismutbrei gegeben, und Form, Grenzen usw. des Magenausgusses beobachtet. Massagebewegungen, event. auch Lagewechsel, suchen nun etwa ungefüllt gebliebene Teile zu füllen, die Beziehungen zu etwa fühlbaren Geschwülsten oder Verwachsungen mit anderen Teilen (Leber, Zwerchfell, Bauchwand, Kolon u. a.) festzustellen. Gleichen Zwecken dienen Baucheinziehen und Inspiration. So ist es den Verff. in stufenweisem Vorwärtsschreiten gelungen, zunächst den Sitz, event. auch die Ausdehnung fühlbarer Magengeschwülste zu erkennen, dann auch nicht fühlbare, klinisch vermutete Magengeschwülste zu diagnostizieren, schließlich auch die Differentialdiagnose zwischen extra- und intraventrikulärem Sitz von Geschwülsten und ebenso anderer klinischer Erscheinungen, wie Druckempfindlichkeit, Meteorismus, Verwachsungen, zu stellen. Die mitgeteilten Fälle sind fast alle durch Schirmpausen erläutert.

Schade ist es, daß gerade im zweiten Teile (Diagnose nicht tastbarer Geschwülste) nur wenige Fälle durch Operation oder Autopsie als richtig gedeutet sichergestellt werden konnten.

Das Buch bietet eine solche Fülle von wichtigen und interessanten Ergebnissen, daß sie im einzelnen hier nicht besprochen werden können. Wir dürfen vielleicht hoffen, bei systematischer Anwendung dieser neuen Untersuchungsart einer Frühdiagnose der Magengeschwülste näher zu kommen, als es die bisherigen klinischen Methoden erlaubten, und somit einen vermittelnden Weg zwischen dem Chirurgen, welcher womöglich gleich eine Probelaparotomie machen möchte, und dem Internen, der erst bei klinisch sicherer Diagnose operieren lassen will, zu finden. **Renner** (Breslau).

---

6) **B. Baisch.** Radiologische Untersuchungen des gesunden und kranken Magens.

(Med. Klinik 1908. p. 613.)

B. gibt für die Prüfung der motorischen und sekretorischen Tätigkeit, der Lage- und Formverhältnisse des mit Wismutbrei gefüllten gesunden oder kranken Magens der Röntgenoskopie mit Zuhilfenahme der Schirmpause den Vorzug vor der Röntgenographie. Krankengeschichten mit Skizzen des auf dem Leuchtschirm erhobenen Befundes erläutern die Anwendung des Verfahrens auf die operative Chirurgie. Es vermag zur frühzeitigen Erkennung der Neubildungen

allerdings nur wenig beizutragen, bietet aber eine wertvolle Ergänzung für die klinischen Untersuchungsarten. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

7) **Nicoletti.** Effetti dell' ablazione delle tuniche muscolari dell' intestino nel cane.

(Policlinico Bd. XV. Hft. 3 u. 4.)

In einer breit angelegten, ausführlichen Arbeit kommt Verf. auf Grund von 20 Experimenten an Hunden zu nachstehenden Schlüssen:

1) Die Wegnahme von Serosa und Muscularis des Dünndarmes bedingt nicht die Gefahr der Perforation, vorausgesetzt, daß die Muscularis mucosae und der Mesenterialansatz unversehrt bleibt.

2) Die Heilung des Substanzverlustes erfolgt ohne Nekrose, ohne Entzündungserscheinungen auf dem Wege der Granulation im Laufe von 8—10 Tagen.

3) Die partielle Entfernung der Darmwand führt nicht zur Durchwanderung von Keimen aus der Darmlichtung, solange die Schleimhaut unverletzt ist.

Ausführliche Schilderung der experimentellen Technik, genaue histologische und bakteriologische Befunde und kritische Würdigung aller beobachteten Tatsachen machen die Arbeit recht beachtenswert.

Strauss (Nürnberg).

---

8) **P. Carnot** (Paris). Les greffes muqueuses: application au traitement des ulcères gastriques.

(Société de biologie 1908. Mai 2.)

Falls man auf künstliche Weise ein Magengeschwür erzeugt, so wird der Substanzverlust durch das Zusammenziehen der Ränder gedeckt, was bei einem kleinen Geschwüre zur Heilung vollständig genügt. Bei größeren Geschwüren bleibt die Mitte von Schleimhaut entblößt, während die Ränder ein strahliges Aussehen gewinnen. Werden nun auf die schleimhautlosen Stellen Stückchen von Schleimhaut gebracht, so wachsen dieselben an, ihre Drüsen verschwinden, doch das Epithelium proliferiert, und es bilden sich derart Inseln von lebender Schleimhaut, von welchen aus die Heilung rasch fortschreitet.

E. Toff (Braila).

---

9) **Clark.** Surgical phases of enteroptosis.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1908. VI, 4.)

C. faßt den Begriff der Enteroptosis etwas weiter als bei uns, indem er dazu auch Verlagerungen der Baucheingeweide durch Strangbildung, Netzhernien u. dgl. rechnet. Die Enteroptose ist zunächst eine mit inneren und mechanischen Mitteln zu behandelnde Krankheit; nur in solchen Fällen, die nach deren sorgsamer Durchführung nicht gebessert werden, oder bei denen sich von vornherein durch die ganze Natur des Leidens deren Nutzlosigkeit voraussehen läßt, soll operiert werden. Stets muß zu genauer anatomischer Diagnose das Röntgen-

verfahren herangezogen werden. Enteroptosen, die auf angeborener Anlage beruhen, sind ungeeignet für die Operation. Die nach Geburten durch Rectusdiastase erzeugten Enteroptosen werden sehr günstig beeinflußt durch den exakten Verschluß des Spaltes zwischen den Rectis, wenn dieser noch nicht zulange bestanden hat. Man kann gleichzeitig das Querkolon durch Annähen des Netzes an die Bauchwand aufhängen. Bei einer Gastroptosis bringt die Verkürzung der Ligg. gastrica guten Erfolg. Tiefe Senkung des Querkolon mit Kotstauung kann nur durch Resektion der herabhängenden Schlinge beseitigt werden. Das S romanum kann man, wenn es nur mäßig vergrößert und geschlängelt ist, aufhängen; wenn es sehr stark vergrößert ist und hochgradige Verstopfung mit drohendem absoluten Verschluß besteht, muß es reseziert werden. **Trapp** (Bückeburg).

---

10) **B. Robinson.** Arteria mesenterica proximal.

(Physician and surgeon 1908. Nr. 1.)

Die Abhandlung ist dem Teil der Art. mes. sup. gewidmet, der den Dünndarm versorgt. Folgende Sätze seien aus den Ausführungen hervorgehoben:

1) Die spiralige Krümmung des Stammes der Art. mes. sup. um seine Längsachse, welche wahrscheinlich durch den Ursprung der Äste im ganzen Bereiche der Peripherie und entwicklungsgeschichtliche Einflüsse bedingt ist, spielt möglicherweise eine wesentliche Rolle beim Dünndarmvolvulus.

2) Der Stamm der Art. mes. sup. verläuft senkrecht über die ventrale Fläche des distalen querverlaufenden Duodenalteiles. Da letzterer fixiert in der Gabel zwischen Aorta und Art. mes sup. liegt, so muß er bei Enteroptose und dadurch bedingtem Zug an der Mes. sup. komprimiert werden. Es resultiert daraus schließlich eine Dilatatio gastroduodenalis.

3) Das distale Ileum besitzt die schlechteste Blutversorgung von allen Teilen des Darmkanals, mit Ausnahme des Wurmfortsatzes.

4) Die Anastomosen im Circulus ileocolicus, der ein konstantes Gebilde von konstanter Lokalisation ist, sind so gut ausgebildet, daß bei Verlegung entweder der Ileocolica oder der Iliaca der kollaterale Kreislauf ausreicht.

Unter 65 Obduktionen fand R. folgende Anomalien: gemeinsamer Ursprung mit A. coeliaca, einmal; Ursprung der rechten A. renalis aus der Mes. sup., einmal; Ursprung eines Zweiges zur Leber aus der Mes. sup., zweimal; Zweig zur A. coeliaca, sechsmal; Zweig zur A. mes. inf., einmal. Zehn vorzügliche Skizzen sind der Arbeit beigegeben.

Kranepuhl (Kassel).

---

11) E. Payr. Der entzündete Hämorrhoidalknoten und seine Behandlung.

(Med. Klinik 1908. p. 649.)

Die Möglichkeit echter Angiom- und Kavernombildung in der Aftergegend ist nicht zu leugnen; in der erdrückenden Mehrzahl beruhen indessen die Hämorrhoiden auf einer mechanisch hervorgerufenen Erweiterung und folgenden krankhaften Umwandlung im Bereiche des Mastdarm- und Aftervenennetzes. Von dem klinischen Verlaufe der Gefäßgeschwulstbildungen unterscheiden sich die Hämorrhoiden in mehreren Punkten sehr wesentlich.

Von der Annahme einer Phlebektasie und Thrombophlebitis ausgehend, empfiehlt P. den sog. Hämorrhoidalanfall, dessen Entstehung und Erscheinungen geschildert werden, entweder — im Beginn — abwartend täglich mit dreimaligen Sitzbädern von 40° C und 20 bis 30 Minuten Dauer, milden Abführmitteln, kleinen Öleinläufen und nachfolgenden Reinigungssitzbädern oder besser mit Spaltung und Ausräumung des äußeren und intermediären thrombosierten Knotens zu behandeln. Die Operation erfolgt unter örtlicher Schmerzbetäubung mit 2—3%igem Kokain und Suprareninzusatz. Vor Schleich'scher Lösung wird gewarnt. Die Technik der Einspritzungen und des operativen Vorgehens (Schnittführung) ist eingehend geschildert und durch Abbildungen erläutert. Der ausgeräumte Hohlraum wird mit einem Streupulver aus Jodoform und Anästhesin je 3, Cocain. mur. 0,3 g ausgefüllt, um den Nachschmerz zu beseitigen. Größte Reinlichkeit in der Nachbehandlung ist erforderlich. Weitere entzündliche Nachschübe sind nach dieser Operation nie mehr aufgetreten.

Für radikaleres Vorgehen wird die Langenbeck'sche Kauterisation und in Fällen, bei denen reichlich Schleimhaut vorhanden ist oder ein Vorfall der Mastdarmschleimhaut besteht, die Exzision empfohlen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

12) E. Braatz. Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden.

(Therapeutische Monatshefte 1908. Nr. 3.)

B. empfiehlt folgende Operationsmethode: Heranziehen der Hämorrhoiden, Anklemmen mit der Jones'schen Flügelzange und Abschneiden mit der Schere, so daß ein 3 mm breiter Saum bleibt, der mit Kürschnernaht übernäht wird.

In 73 Fällen hat B. damit gute Resultate erzielt. Rizinusöl erhält Pat. nur 2 Tage vor der Operation, nicht länger vorher; am Abend vor dem Operationstage, nicht an demselben, ein Reinigungsklistier. Nach der Operation wird Opium nur bei bemerkenswerten Leibbeschwerden verabreicht, Rizinusöl am 6. Tage nach der Operation, falls bis dahin kein Stuhlgang erfolgt ist.

B. verwirft die Einlegung eines dicken Drains als lästig für den Pat. Stuhlgang geht nach seinen Erfahrungen neben dem dicken Drain ebenso durch, wie neben dem dünnen.

Rezidive hat B. nie gesehen.

Auch mit Karbolinjektionen hat B. gute Resultate erzielt, besonders in Fällen, wo die Hämorrhoiden schwer zum Vorfall zu bringen sind und vollständig in den Darm verschwinden.

Silberberg (Breslau).

---

13) **Renvers.** Zur Therapie der Gallensteinkrankheit.

(Therapie der Gegenwart 1908. Nr. 3.)

Bei fieberlos verlaufenden Gallensteinerkrankungen empfiehlt R. zunächst heiße Kataplasmen, langdauernde heiße Bäder, Darreichung heißer Getränke und Bettruhe. Wenn der Stein den Ductus cysticus passiert hat, was sich meist in Eintritt von Ikterus geltend macht, ist Morphium zur Linderung des Schmerzes und zur Erleichterung der Austreibung des Steines darzureichen. Nach erfolgreich behandeltem Anfall ist die Diät zu regeln. Zur Beförderung der Gallenabsonderung sind öftere, kleinere Mahlzeiten zu geben und für methodische Gymnastik und hydrotherapeutische Maßnahmen zu sorgen. Diätfehler sind ängstlich zu vermeiden und etwa eingetretene Darmstörungen durch Karlsbader Wasser und ähnliche Quellen zu behandeln.

Gallensteinkranke mit infizierten Gallenwegen gehören dem Chirurgen. Mitunter nützt die Darreichung von Salizylpräparaten oder Kalomel. Da eine Steinwanderung bei infizierten Gallenwegen sehr gefährlich werden kann, ist hier sofort Morphium zu geben.

Silberberg (Breslau).

---

14) **Connel.** The removal of gall stones from the second and third portions of the common bile duct.

(Annals of surgery 1908. April.)

Den Ductus choledochus teilt man ein 1) in den suprarenalen Teil, der sich vom Ursprung des Ductus bis zur hinteren Fläche des Duodenum, wo es mit dem Pankreas in Berührung kommt, erstreckt. Dieser Teil liegt im Lig. gastro-duodenale, er bildet die halbe Länge des ganzen Choledochus. 2) Den retroduodenalen oder pankreatischen Teil; derselbe ist $1^1/_4$ Zoll lang und liegt hinter dem Duodenum oder hinter dem Pankreas. 3) Den interstitiellen Teil, $1^3/_4$ Zoll lang, der schräg durch die innere und hintere Wand des Duodenum geht. Die Diagnose zwischen Choledochus- und Pankreassteinen ist nicht ganz leicht. Bei letzteren ist die Kolik nicht so stark, es bestehen neben Diabetes Fettstühle, Gelbsucht fehlt oder tritt erst spät in die Erscheinung. Ein im unteren Teile des Choledochus sitzender Stein wird entfernt durch retroduodenale oder transduodenale Choledochotomie. Im ersteren Falle wird das Duodenum in der von Kocher angegebenen Weise mobilisiert und nach innen rotiert. Ist diese Operation bei entzündlichen Prozessen in der Umgebung des Choledochus oder bei Neubildungen des Pankreas oder der Gallenblase nicht möglich, so kommt nur die transduodenale Entfernung in Frage, die auch dann ausgeführt wird, wenn der Stein im interstitiellen Teil des Choledochus

sitzt. Wenn der zweite hinter dem Duodenum gelegene Teil des Choledochus transduodenal gespalten ist, so muß nach Entfernen des Steins eine Choledochoduodenostomie angelegt werden, da sonst eine Ansammlung von Galle im retroperitonealen Raum statthaben könnte. Nach Schluß der vorderen Seite des Duodenums durch die Naht ist Drainage der Bauchhöhle notwendig.

Verf. hat 77 Fälle transduodenaler Choledochotomie aus der Literatur gesammelt; von diesen 77 Operierten starben 10.

Herhold (Brandenburg).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Aus dem Elisabeth-Krankenhaus in Kassel.

Lungenüberdruck mittels peroraler Intubation und kontinuierlicher Luftpuffung in dem Intubationsrohr.

Von

Dr. Franz Kuhn.

Bereits in mehreren Publikationen habe ich eine Methode zur Erzeugung des für Thoraxoperationen nötigen Überdruckes auf dem Weg einer peroralen Intubation berührt.

Inzwischen hat sich mir dank fortgesetzter Versuche das Verfahren sehr geklärt und unendlich vereinfacht. Ich habe Bruchstücke davon dem letzten Chirurgenkongreß zu Berlin 1908 vorgelegt.

Ich werde in dem folgenden meine jetzige Überdruckintubation mit Luftpuffung kurz skizzieren; daneben werde ich in Kürze festlegen, wie sich in anderen Fällen, wo Intubation schwerer möglich, unter »bürgerlichem« Aufwande (Kammern sind nach allgemeiner Ansicht zu teuer), die Überdrucknarkose gestalten kann, so daß sie in allen Kliniken durchführbar ist.

1) Das Verfahren der Wahl wird der Überdruck mittels Intubation sein: Ösophagus- und Herzchirurgie, Thoraxwand- und Pleurachirurgie, sowie wenig sezernierende Lungenprozesse sind sein Feld. Nur die Fälle, wo die Lungen selbst der Sitz blühender Prozesse sind, sind ausgenommen.

Das Instrumentarium ist mein bekanntes Intubationsbesteck, Rohr mit Mandrin. Ist die Intubation gemacht, so ist eigentlich so gut wie alles geschehen.

Denn jetzt bleibt nur noch die Aufgabe, an dem schlafenden Menschen aus irgend einer genügenden Überdruckquelle in dem Lumen des Intubationsrohres eine Puffung herzustellen, und dies ist auf denkbar einfache Weise mittels eines Handgriffes, unter Zuhilfenahme eines dünnen Röhrchens möglich.

Die Einleitung geschieht undicht, also prinzipiell nicht luftdicht.

Die Drucklieferung erfolgt entweder aus einer Bombe (Sauerstoff oder komprimierte Luft) oder aus einer Luftkompressionsmaschine direkt.

Alle übrigen Einzelheiten sind ganz unkompliziert, einfach und selbsttätig:

Es fällt jede Abdichtung weg, dafür arbeitet man mit einem gewissen Drucküberschuß (dies auch im Interesse der Ventilation der Luftwege); es gibt keine Gasreservoirs, keine Manometer an solchen, keine Schrauben, keine Ventile — nur der zuströmende Luftstrom wird vom Narkotiseur, am besten direkt an der Bombe reguliert und modifiziert.

Zur groben Darstellung dessen, was in Frage steht, habe ich eine kleine physikalische Improvisation aufgebaut (Fig. 1). In einer improvisierten Luftröhre steckt lose, nur leicht durch Watte gedichtet, das Intubationsrohr. Am Ende der Luftröhre hängt eine Gummilunge mit Manometer.

Fig. 1.

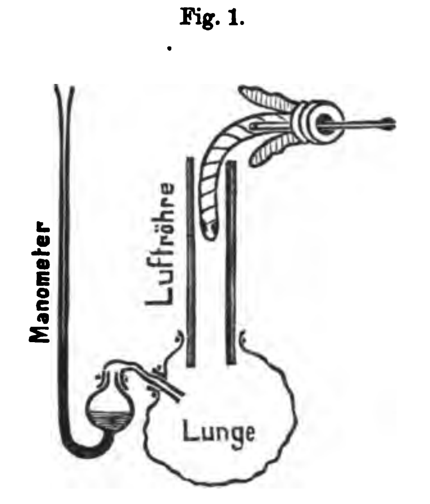
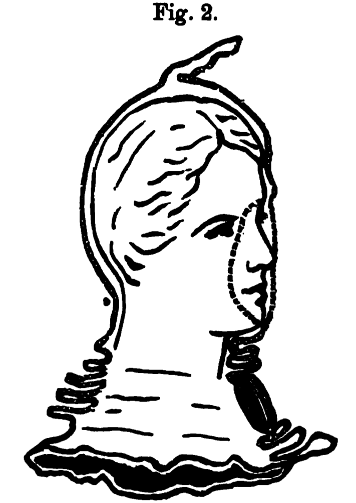


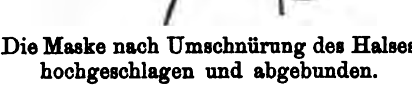
Fig. 2.



Die zipfelkappenartige dünne Maske mit Gesichtsausschnitt und einem Glasfenster.

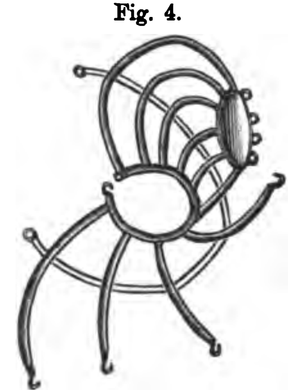
Fig. 3.





Die Maske nach Umschnürung des Halses hochgeschlagen und abgebunden.

Fig. 4.



Gumminetz, dessen einzelne Fäden an dem Glasfenster Befestigung finden, nachdem es um den Hals gelegt.

Die Wirkungsweise ergibt beifolgender Versuch:

Bläst man mit Hilfe des Röhrchens, das ganz dünn ist und ganz offen in das Tubusrohr eingehängt wird, einen starken Luftstrom von 200—400 mm Quecksilber ($^1/_4$—$^1/_2$—$^3/_4$) Atmosphären), so steigt der Druck im ganzen System auf beliebige Höhe und ist mit Leichtigkeit auf jeder Höhe konstant zu erhalten (Ablesung am Manometer). Die Regulierung erfolgt durch einfache Regelung der Zufuhr.

Alle Einzelheiten des physikalischen Versuches bestätigen sich im Tierversuche (Hund) und am lebenden Menschen.

2) Wie erwähnt, ist in einem Rest von Fällen die Intubation nicht indiziert oder, besser gesagt, kontraindiziert; in diesen Fällen empfehlen sich zwei andere Wege.

a. Der eine besteht in der Einführung von komprimierter Luft höherer Spannung durch die Nase in den Nasen-Rachenraum mittels Röhrchens:

Ich selbst vertrage ohne Empfindung $1/2$—$3/4$ Atmosphäre.

Diese Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

b. Der andere Weg besteht in der Verwendung einer weichen Maske, wie ich sie bereits auf dem Naturforscherkongreß in Dresden vorgetragen habe und anbei vorlege (Fig. 2 u. 3). Dieselbe wird mittels Gumminetzes federnd gemacht (Fig. 4).

Die Speisung erfolgt ebenfalls mittels komprimierter Luft höherer Spannung.

Die Maske hat den allereinfachsten Schnitt, besteht aus einem Stück, ist ganz billig, trägt keine Ventile. Sie ist selbst etwas luftdurchlässig. Infolge ihrer Weichheit erlaubt sie alle Manipulationen am Kopfe und Munde des Pat. Chloroformzufuhr erfolgt auf gewöhnliche Weise durch Eingießen.

Die Maske ist aus dünnem, gummiertem Battist. Sie liegt lose dem Kopf über; dann wird sie von dem Gumminetz überspannt.

Eingehendere Mitteilungen werden anderen Ortes erfolgen.

II.

Privatklinik des Herrn Dr. Verhoogen in Brüssel.

Über die Resektion des Choledochus.

Von

Dr. A. De Graeuwe.

Dr. Liebold hat in Nr. 16 des Zentralblattes für Chirurgie vom 18. April 1908 einen Fall von Resektion des Choledochus beschrieben, in dem Prof. Kehr durch Plastik diesen Kanal wieder hergestellt hat. In der Nummer vom 16. April 1908 habe ich im Journal Médical de Bruxelles gleichfalls einen Fall von Resektion des Choledochus beschrieben, welcher mit Erfolg von Dr. J. Verhoogen operiert wurde und wo letzterer, um den Abfluß der Galle wieder herzustellen, sich eines Verfahrens bedient hat, welches unseres Wissens noch niemals angewendet wurde.

Frau X., 49 Jahre alt, aufgenommen am 13. Mai 1907, früher niemals erkrankt, leidet seit 3 Jahren an Magenbeschwerden, welche öfters von einem kurzdauernden Ikterus gefolgt sind. Im Januar 1907 wurde sie plötzlich ikterisch ohne irgendwelchen vorangehenden Schmerz. Seitdem besteht Ikterus mit Fieberanfällen.

Befund: Ziemlich große Fettleibigkeit. Sehr starker Ikterus. Vergrößerte Leber. Die Gegend der Gallenblase ist auf Druck schmerzhaft. Stuhl entfärbt. Gallenfarbstoffhaltiger Harn. Fieber.

Diagnose. Choledochusverschluß durch Steine.

Operation am 14. Mai 1907. Chloroformnarkose. Schnitt nach Kehr. Nachdem man den Grund der Gallenblase, welcher am Colon transversum adhärent war, losgelöst hat, sieht man, daß die Gallenblase vergrößert ist und eine grauweiße Farbe hat. Die Wände der Blase sind unregelmäßig gewölbt und stark verdickt, das Ganze macht den Eindruck einer karzinomatösen Blase. Die Verhärtung umfaßt den ganzen Cysticus und die benachbarten Teile des Hepaticus und Choledochus. Da man Karzinom vermutete, wurden Gallenblase, Cysticus und ein Teil des Hepaticus und Choledochus im Zusammenhang reseziert. Aus dem Choledochus wird ein großer Gallenstein extrahiert. Dann versucht man, Hepaticus und Choledochus in Verbindung zu bringen. Da aber beide Stümpfe in einer solchen Entfernung stehen — ungefähr 6 cm —, daß sie unmöglich aneinander genäht werden können, wird folgendes Verfahren angewandt: Ein Drainrohr von ungefähr

1 cm Durchmesser wird duodenalwärts in das periphere Ende des Choledochus geschoben. Das alsdann aus dem Choledochus kommende Rohr wird in der Tiefe bis an die Öffnung des Hepaticus geführt, und es wird an dieser Stelle ein Fenster in die Rohrwand geschnitten, von da ab wird das Drainrohr winkelig geknickt und durch die Bauchwunde nach außen geführt. Es konnte somit die aus dem Hepaticus fließende Galle durch das gefensterte Rohr ebensogut nach dem Choledochus wie nach außen fließen. Die Wunde wird sorgfältig austamponiert. Dauer der Operation 30 Minuten.

Verlauf: Temp. immer normal.

Am 3. Tage kommt Galle durch das Drainrohr.

19. Mai: Die Tamponade wird entfernt.

22. Mai: Es erscheint Gallenfarbstoff im Stuhlgang. Alle Tage werden Spülungen durch das Drainrohr gemacht.

26. Mai: Das Drainrohr wird entfernt.

12. Juni: Die Fistel ist vernarbt. Die Kranke wird aus dem Institut als geheilt entlassen.

Juli 1907: Die Kranke hat einen Gallensteinkolikanfall mit Ikterus gehabt. Derselbe ist wahrscheinlich durch die Auswanderung eines intrahepatischen Steines entstanden.

April 1908: Die Kranke erfreut sich fortdauernder Gesundheit.

15) Französischer Chirurgenkongreß. Paris 7.—12. Oktober 1907. (Schluß).

(Revue de chir. XXVII ann. Nr. II.)

Verschiedenes. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Eckstein (Berlin). Einspritzungen und Einpflanzungen von Paraffin in die Gewebe.

Das Hartparaffin von 75° Schmelzpunkt ist reiner, wird gut vertragen und gibt bessere Erfolge bei Nasenplastiken oder der Ausfüllung eingezogener Narben als das Weichparaffin. E. spritzt es kalt mit der Broechaert'schen oder Mahu'schen Spritze ein.

Diskussion. Broechaert (Gand) hat bei 200 Nasenverbesserungen mit Paraffin vom Schmelzpunkt 50° sehr befriedigende Resultate erzielt.

Berger (Paris) und Morestin bevorzugen die Autoplastik, wenn nötig mit Paraffininjektionen. Die große Härte des Paraffins wirkt störend, das weiche Paraffin ist in der Anwendung zu gefährlich.

A. Malherbe (Nantes). Die Abgrenzung der Gattung Sarkom. Natur der sarkomatösen Geschwülste.

M. will unter dem Begriff Sarkom alle bösartigen Neubildungen des Bindegewebes verstanden wissen, also auch des Schleimgewebes, Knorpels und Knochens, da sie alle demselben Keimblatt entstammen. Das Spindelzellensarkom ist das Urbild des Sarkoms und ist streckenweise auch in allen anderen bösartigen Geschwülsten der Bindegewebsreihe zu finden. Die Endotheliome, Lymphome und Lymphadenome müssen strengstens von den Sarkomen getrennt werden.

J. Reverdin (Genf). Zwei Fälle von melanotischen Geschwülsten unter örtlicher Arsenikanwendung nach Czerny.

R. heilte damit ein Melanom und einen Pigmentfleck der Wange.

Doyen. Wirkungsweise verschiedener Verfahren der Krebsbehandlung.

D. vergleicht die Erfolge, die er und andere durch Impfung mit abgeschwächten Kulturen des Mikrokokkus neoformans beim Krebs erzielte, mit den Wirkungen der Röntgen- und Radiumstrahlen auf das Krebsgewebe. Die Strahlen wirken nur örtlich und töten nur die oberflächlich gelagerten Krebszellen, begünstigen aber durch Schädigung der lymphoiden Organe die Ausbreitung des Krebses. Vor Rezidiven schützen sie ebensowenig wie die Operation. Neben der örtlichen Behandlung ist daher noch eine allgemeine erforderlich, die die Leukocyten, diese mächtige und einzige Waffe des Organismus, gegen alle ihn bedrohenden Gefahren mobil macht und gleichzeitig die Widerstandsfähigkeit der Krebszellen herabsetzt. Das soll D.'s Vaccinebehandlung leisten, wenn sie schon bei Verdacht auf Krebs und vor der Operation angewandt wird. Eine sehr gute örtliche Wirkung schreibt D. auch der Blitzbehandlung zu

Sabadini (Alger). Lumbalanästhesie mit Stovain und Kokain.

S. ist mit dem Billon'schen Stovain bei 108 Operationen an Männern und 48 an Weibern sehr zufrieden gewesen. Die Anästhesie dauerte von $^1/_4$ bis zu $1^1/_2$ Stunden. In 4,5% blieb die Wirkung aus, vorzugsweise bei Trinkern und Nervösen. S. sah nur vorübergehende Schädigungen (Kopfschmerz, Erbrechen, Blasenlähmung für ein bis mehrere Tage), nie dauernde. Beim Kokain traten niemals unangenehme Nachwirkungen auf.

Cazin (Paris). Gemischte Narkose mit Skopolamin-Morphium und Chloroform.

C. injizierte 0,0005 g Skopolamin und 0,006 g Morphium 1 Stunde vor Beginn der Chloroformdarreichung in 245 Fällen und empfiehlt das völlig ungefährliche Verfahren besonders für leicht erregbare Kranke, deren Furcht vor dem Chloroform und der Operation gänzlich beseitigt wird. Die Pulszahl sinkt auf 48 bis 40 Schläge, leichte Unregelmäßigkeiten im Rhythmus und in der Stärke des Pulses warnen vor Anwendung höherer Skopolamindosen. Gewöhnlich wird man auch mit 2—4 Dezimilligramm auskommen.

Diskussion. Martin erzielte bei einer Herzkranken allein durch zwei Skopolamineinspritzungen im Zwischenraum von $1^1/_2$ Stunden vollkommene Anästhesie.

Jardry (Paris). Chirurgische Eingriffe während des elektrischen Schlafes.

Seine Dauer beträgt 10 Minuten bis $1^1/_2$ Stunden, beim Tier bis 8 Stunden 20 Minuten. Die Muskelerschlaffung ist ziemlich vollkommen, eine Erinnerung an die Operation fehlt. Das von Zimmern beobachtete Lungenödem führt J. auf einen technischen Fehler (Verwechseln der Pole) zurück.

Kopf und Gesicht.

Dollinger (Budapest). Enderfolge der Behandlung des schweren Gesichtsschmerzes mit der Resektion der Trigeminusäste und der Exstirpation des Ganglion Gasseri.

Die Äste des Trigeminus hat D. 21mal bei 14 Kranken reseziert. Ein Kranker mit Infraorbitalisresektion riß sich im Delirium den Verband ab und ging an Augenhöhleneiterung zugrunde. Ein zweiter, vor 6 Jahren Operierter spürt nur ein schwaches Kitzeln im Gebiet des resezierten Infraorbitalis. Bei einem Dritten war die Operation überhaupt erfolglos. Von 4 Pat. war keine Nachricht zu erhalten. Alle übrigen erkrankten rückfällig. D. führt deshalb periphere Resektionen nicht mehr aus. Das Ganglion entfernte D. 22 mal. Zweimal konnte er die Operation wegen starker Blutung aus der Diploe und Venenemissarien nicht vollenden. Eine Frau erlag dem Eingriff unter Gehirnerscheinungen, die übrigen 21 wurden geheilt und blieben von Schmerzen befreit. Von ihnen sind vier einige Jahre später gestorben, über zwei konnte keine Auskunft erlangt werden. Die Resultate bei den übrigen 15 sind: Auf der operierten Seite sind die Kaumuskeln gelähmt und atrophiert, der Bissen im Munde wird nicht gefühlt, die Zähne sind mit Weinstein bedeckt, niemals ausgefallen. Bei drei Kranken war die Öffnung

der Kiefer um 22—26 mm vermindert. Bei sieben Fällen war die operierte Seite fast vollständig unempfindlich, einige hatten dort eine Art Kitzel- oder Druckgefühl. Ein Kranker ist sehr empfindlich gegen Luftzug, ein anderer gegen große Kälte. Die Hautsensibilität war bei drei Operierten herabgesetzt, bei zwei anderen bestand nach 6 Jahren kein Unterschied mehr gegenüber der gesunden Seite. Ein Pat. zeigt auf der Wange der operierten Seite einen starken Akneausschlag. Sechs Kranke, bei denen gleich nach der Operation eine verminderte Spannung des Augapfels festgestellt war, zeigten 7 und 8 Jahre später noch Exophthalmus; die Lidspalte war um 2—3 mm verrengt. Hornhaut und Bindehaut hatten nur in zwei Fällen normale und in einem Falle herabgesetzte Empfindung, sonst waren sie anästhetisch. Eine Kranke bekam 5 Jahre nach der Operation eine Keratitis, die narbig ausheilte. Tränendrüse und Nasenschleimhaut sondern bei großer Kälte oder Wärme mehr als gewöhnlich ab. Die Geschmacksempfindung an der Spitze und dem Rande der Zunge war erloschen, manchmal auch nur herabgesetzt. Einige Kranke klagten über zeitweises Ohrensausen.

Diskussion: Vidal (Paris) kombiniert die periphere Resektion der Trigeminusäste mit der Resektion der Ganglien des Halssympathicus, um das Fortschreiten des Krankheitsprozesses zentralwärts und somit das Rezidiv zu verhindern. Der trophische Einfluß der Sympathicusresektion soll sich erst in 2—4 Monaten bemerkbar machen. V. hat zwei Fälle vor 2 bzw. 4 Jahren mit Erfolg und ohne daß ein Rückfall eingetreten ist, nach diesem Verfahren operiert.

Tédenat (Montpellier). Nasen-Rachenfibrome.

T. hat 12mal die nasale Methode Ollier's benutzt mit einem Todesfall infolge Bruches der Siebbeinplatte und des Os basilare durch zu heftiges Abreißen. Nur in einem Falle war noch eine partielle Oberkieferresektion nötig, sonst war der Zugang stets genügend.

Jacques (Nancy). Heilung eines pulsierenden traumatischen Exophthalmus mit schweren Nasenblutungen durch unmittelbare Kompression des Sinus cavernosus.

Der 25jährige Mann bot nach Sturz von einem Motorrad mit Schädelbasisbruch die Erscheinungen eines Aneurysma arteriovenosum der Carotis int. und des Sinus cavern. Die Unterbindung der Carotis communis beeinflußte nur vorübergehend den Exophthalmus, gar nicht die venösen, aus der Keilbeinhöhle hervorkommenden Nasenblutungen. Es wurde deshalb das Antrum sphenoidale freigelegt, ausgeräumt und tamponiert. Heilung.

Morestin. Krebs des Mundbodens.

Ausgangspunkt ist die Schleimhaut; hat die Neubildung sie überschritten, so muß der ganze Mundboden abgetragen werden.

Claude und Francisque Martin (Lyon). Über die Anwendung von Prothesen bei Verwachsungen des Zäpfchens mit dem Rachen.

Die Verwachsung wird blutig getrennt und zwischen weichem Gaumen und hinterer Rachenwand eine Kautschukprothese eingelegt, die durch einen Stiel mit einer Gaumenplatte gelenkig verbunden ist. Die frühere Befestigung der Prothese durch zwei nasale Gummiröhrchen, die vor der häutigen Scheidewand verbunden werden, ist aus kosmetischen Gründen aufgegeben. Voller Erfolg in fünf Fällen.

Hals und Rumpf.

P. Raugé (Challes). Zur Behandlung der diffusen Papillome des Kehlkopfes.

R. kam in einem Falle mit schweren Atmungsstörungen auf endolaryngealem Wege in mehreren Sitzungen zum Ziele. Bei einem anderen Kinde rezidivierten dagegen die Papillome trotz Laryngotomie, so daß Tubage erforderlich wurde. Der Tubus verschob sich, und das Kind erstickte. R. hält die endolaryngeale Methode für geeigneter zur Behandlung der Rezidive.

Guisez. Demonstration von drei in der Speiseröhre eingeklemmten Fremdkörpern (zwei Gebissen, einem Knochen) und Mitteilung zweier neuer Fälle von narbiger, undurchgängiger Verengerung der Speiseröhre, die auf ösophagoskopischem Wege geheilt wurden.

Unter Leitung des Auges wurden die Fremdkörper entfernt, die Strikturen gespalten, sämtliche Kranke geheilt.

E. Reymond. Lungenverletzung und Quetschwunde des Herzens durch eine Revolverkugel.

Zur Freilegung wurde ein lateral gestielter, die 4., 5. u. 6. Rippe einschließender Lappen gebildet. Pleura, Lunge und Herzbeutel waren durchschossen, am Herzen eine kaum blutende Wunde. Drainage des Brustfelles, aber nicht des Herzbeutels. Heilung seit 3 Jahren.

Diskussion: J. Reverdin rühmt die Schnelligkeit an Reymond's Verfahren.

A. von Zawadki (Warschau) hat eine Messerverletzung des rechten, eine Wunde der Hinterwand des linken Ventrikels und eine reine Herzbeutelverletzung genäht. Der erste Kranke starb 17 Tage später an Lungenentzündung; bei dem zweiten ging die Herznaht infolge eitriger Herzbeutelentzündung wieder auf, worauf eine tödliche Blutung erfolgte; der dritte genas.

Tuffier. Einige Vervollkommnungen in der Pleura- und Lungenchirurgie.

Bei Empyemen untersucht T. die Pleura mittels elektrischer Lampen. Sie ist in schweren septischen Fällen oft frei von Auflagerungen. Etwaige Hindernisse für die Ausdehnung der Lunge sind zu sehen. Zur Entfaltung der Lunge benutzt T. ein Saugglas, in welchem der Druck um 6 cm Hg erniedrigt wird.

Diskussion: Reverdin benutzt zu demselben Zweck den Saugapparat von Revillod, dessen Wirksamkeit von Tuffier angezweifelt wird. Moty hält die hintere Pleurotomie allein für ausreichend.

Vautrin. Behandlung der Echinokokkuscysten der Lunge.

Ein 37jähriger Mann war seit mehr als 2 Jahren leidend. Die vereiterte Cyste stand in offener Verbindung mit dem Bronchialbaum, die Brustfellblätter waren nicht verwachsen. Die örtliche Diagnose ergab die Röntgenuntersuchung. Nach Resektion der 6.—8. Rippe wurde die Lunge in der Wunde fixiert und der Abszeß eröffnet und drainiert. Heilung in 5 Wochen. Der bei der Operation entstandene Pneumothorax dauerte 48 Stunden an und hatte keine üblen Folgen.

Henry Reynès (Marseille). Kastration bei inoperablem Brustkrebs.

R. nahm einer 32jährigen kachektischen Frau mit doppelseitigem, links weit ulzeriertem Brustkrebs beide Eierstöcke und die Gebärmutter fort. Die Geschwüre vernarbten, die Geschwülste gingen zurück, die Brustdrüsen atrophierten. Der erzielte Erfolg hatte $3^1/_2$ Jahre Bestand; darauf erneutes Wachstum und geschwüriger Zerfall; Röntgenstrahlen, Auskratzen und Fulguration wurden dann ohne Nutzen angewandt.

Diskussion: Psaltoff (Smyrna) vermißte in zwei ähnlichen Fällen jeglichen Einfluß der Kastration auf die Brustkrebse.

Bauch- und Verdauungsorgane.

Chavannaz (Bordeaux). Bauchschnitt nach Pfannenstiel.

C. ist mit der Zugänglichkeit und der Narbe, die der Schnitt liefert, sehr zufrieden. Er hat ihn 31mal bei 20 Uterusexstirpationen, 10 Anastomosen und einer Verkürzung der Ligg. rotunda angewandt. Achtmal wurde gleichzeitig der Wurmfortsatz entfernt.

Rastouil (La Rochelle). Zur Verhütung von operativen Bauchbrüchen bei Drainage des Bauchfelles legt R. bei medianer Laparotomie eine besondere Drainageöffnung im Gebiet des M. rectus an.

Diskussion: Jonesco und Monprofit drainieren aus demselben Grunde durch die Scheide.

Léon Imbert (Marseille). Prognose des Bauchschnittes bei penetrierenden Bauchwunden.

Von 35 Fällen verlor I. 60%, trotzdem 10mal kein Eingeweide verletzt war. Die Prognose ist mithin sehr ernst, bei Schnittwunden nicht so schlecht wie bei Schußwunden. Selbst bei frühzeitigem Eingreifen — vor der 6. Stunde nach der

Verletzung — ist die Sterblichkeit noch hoch (66%). Häufig werden Darmperforationen übersehen. Von den 21 tödlich verlaufenen Fällen I.'s hatten 15 Darmverletzungen. Sechsmal war eine oder mehrere Perforationen übersehen. Man darf sich daher vor sorgfältigem Absuchen der Eingeweide nicht scheuen.

Villard Eugène (Lyon). Behandlung akuter Bauchfellentzündungen mit Aspiration.

Schonender und gründlicher als durch Auswischen und Spülen erzielt E. die Entleerung peritonitischer Exsudate mittels Saugers. Das Saugrohr steckt in einer mehrfach durchbohrten Hülse, damit die Darmschlingen seine Öffnung nicht verlegen können. Fünf schwere Bauchfellentzündungen epityphlytischen Ursprunges wurden mit gutem Erfolge behandelt. Auch das Aussaugen abgekapselter Bauchfelleiterungen, von Ascitesflüssigkeit und Blut gelingt gut.

Guyot (Bordeaux). Einige Besonderheiten des linksseitigen subphrenischen Abszesses.

Die Diagnose ist meist schwierig. Wichtig ist, daß die Punktion in verschiedenen Höhen verschiedene Flüssigkeiten liefert. Oft überträgt sich die Herzpulsation durch den Eitersack auf die Brustwand. Bei der Eröffnung auf transpleuralem Wege wird das Zwerchfell in die Wunde gezogen, um die Pleura zu schützen.

Paul Soubeyran (Montpellier). Die Dermoidcysten des Nabels.

Ein 35jähriger Mann hatte seit 5 Monaten eine kleine Geschwulst in der Nabelgegend, welche allmählich Walnußgröße erreichte und beim Einschnitt käsigen Brei und Haarbüschel entleerte. Es blieb eine 2 cm lange Fistel zurück, die erst nach Exstirpation des mit dem Bauchfell verwachsenen Cystensackes ausheilte. In der Wand waren die gewöhnlichen Epidermislagen nachzuweisen. Diese Cysten gehen aus ektodermalen Einschlüssen der embryonalen Periode hervor, können erbsen- bis kinderkopfgroß werden und sind manchmal gestielt.

Monprofit (Angers). Solide Gekrösgeschwulst.

M. entfernte ein Myxom des Mesenterium von $5^1/_2$ kg nebst 2 m ihm innig verbundenen Dünndarmes, dessen unteres Schnittende 10 cm oberhalb der Ileocöcalklappe lag, ohne nachteilige Folgen für die Verdauung.

Jonnesco (Bukarest). Ausschaltung des Pylorus.

J. hat 1906 und 1907 neun Fälle von Pylorus- bzw. Duodenalgeschwür mit der von v. Eiselsberg inaugurierten Pylorusausschaltung behandelt; nur ein Fall erlag einer schweren Blutung aus dem Geschwür, die übrigen genasen und haben keine Beschwerden. J. macht die Pylorusausschaltung dann, wenn die Resektion unmöglich ist. Die Durchschneidung des Magens nimmt er in der präpylorischen Region vor. Das Verfahren hat gegenüber der einfachen Gastroenterostomie den großen Vorteil, stets auch die vom Geschwür ausgehenden und zu befürchtenden Krankheitserscheinungen (Perforation, krebsige Entartung) zu bekämpfen.

Diskussion: Monprofit zieht die Gastroenterostomie allein vor.

Voronoff (Kairo). Pylorusstenose, äußerste Abmagerung; Gastroenterostomie, Heilung.

Die im Zustande größter Erschöpfung ausgeführte Wölfler'sche Operation hatte den besten Erfolg.

Psaltoff (Smyrna). Ein Fall akuter postoperativer Magenlähmung.

Die Magenlähmung schloß sich an eine supravaginale Uterusamputation wegen gewaltigster Metrorrhagien aus multiplen Fibromen an. Die Kranke hatte sich stark geschnürt; Magen und Därme waren dadurch nach dem Zwerchfell verschoben. Eine Auftreibung des Leibes wurde daher vermißt, nur die untere Brustkorböffnung war erweitert. Der Tod erfolgte unter den Erscheinungen der Herzschwäche und des Darmverschlusses am Tage nach der Operation. Eine Infektion des Bauchfelles war bei der Sektion nicht nachzuweisen.

Delangre (Tournai). Volvulus des Magens.

Der Magen war entgegengesetzt seiner Peristaltik mitsamt dem Querkolon gedreht. Die kleine Kurvatur bildete eine Einschnürung, durch die der Magen in einen größeren oberen, aus der hinteren, vom Lig. gastrohepaticum bedeckten

Magenwand bestehenden Sack und in einen kleinen unteren, aus der vorderen Wand, der großen Kurvatur und dem Colon transversum gebildeten Sack geteilt wurde. Die Detorsion gelang nur schwierig nach Punktion des Magens, wobei sich viel Gas und Flüssigkeit entleerte. Gastropexie, Heilung.

Schwartz (Paris). Beitrag zum Studium der Tetanie gastrischen und intestinalen Ursprunges.

Die an Duodenalgeschwüren leidende Kranke wurde durch die von Hacker-sche Gastroenterostomie von allen tetanischen Erscheinungen befreit, starb aber am 11. Tage nach der Operation an Lungenentzündung.

Pauchet (Amiens). Gallensteinkrankheit. 16 Operationen nach Kehr mit drei Todesfällen.

Bei Cholecystektomie müssen die Gallenwege katheterisiert, bei der Hepaticusdrainage muß die Choledochuswunde offen gehalten werden, um übersehenen Steinen den Austritt zu gestatten. Bei heruntergekommenen Kranken drainiert P. den Hepaticus und Choledochus. In letzterem reicht das Drain bis ins Duodenum und dient gleichzeitig zum Einspritzen von Zuckerwasser und Galle in den Darm.

Maire (Vichy). Spontanrupturen der Gallenblase.

Bei einer 63jährigen, früher gesunden Frau entleerten sich aus einer Bauchwandphlegmone der Nabelgegend Steine. Fortnahme der 383 Steine enthaltenden Blase und des Cysticus, Heilung. In einem zweiten Falle ergoß sich die Galle aus der geborstenen Blase in die Bauchhöhle; die erst am 10. Tage ausgeführte Laparotomie konnte den Kranken nicht mehr retten. Charakteristisch für die Spontanrupturen hält M. einen quälenden Gürtelschmerz, der zugleich mit starkem Ikterus sich an eine bereits abklingende Kolik anschließt.

Villar (Bordeaux). Echinokokkuscyste der Leber in offener Verbindung mit den Gallenwegen und Retentionsikterus.

Der 30jährige Mann litt an heftigen epigastrischen Schmerzen und entleerte mit den Stühlen Echinokokkusmembranen und Steine. Die orangengroße Cyste lag an der Unterseite des linken Leberlappens; sie wurde entleert, mit Formalin ausgewischt und tamponiert; schnelle Heilung. Zur richtigen Diagnose des Leidens hält V. die Blutuntersuchung für wichtig.

Princetau (Bordeaux). Neun Fälle angeborener Mißbildung des Afters und Mastdarmes.

Zweimal bestand einfacher Afterverschluß, der durch Dilatation bzw. Plastik behoben wurde. Fünf Kindern fehlten After und Mastdarm; vom Damm aus wurde die Ampulle heruntergeholt und eingenäht. Zwei starben an Entkräftung, eines an Lungenentzündung, zwei sind geheilt. In einem Falle von Mastdarm-Blasenfistel wurde durch einfache Trennung der Organe ohne Naht Heilung erzielt.

J. Braquehaye (Tunis). Radikalheilung der Mastdarmstrikturen mittels skrotaler oder vaginaler Autoplastik.

Nach Anlegung eines provisorischen Kunstafters wird der Mastdarm 3 Monate lang antiseptisch behandelt. Dann wird die verengte Stelle gespalten, alles Narbengewebe sorgfältig entfernt, Mastdarm und Damm genügend angefrischt und ein rechtwinkeliger Hodensacklappen mit vorderer Brücke in die Lücke eingenäht. Beim Weibe wird ein Lappen der hinteren Scheidenwand mit oberer Brücke benutzt. Die Mastdarmscheidenfistel wird später geschlossen, der Kunstafter vernäht. B. erzielte stets Heilung ohne Rückfall und mit vollständiger Kontinenz.

Diskussion: Walther (Paris) sah eine Mastdarmstriktur nach Anlegung eines Kunstafters spontan ausheilen.

Brunswick (Tunis) hält den Anus praeternaturalis und lauwarme Mastdarmspülungen für ausreichend bei gonorrhoischen Verengerungen; das Verfahren von B. ist bei sehr engen syphilitischen Strikturen angebracht.

Louis Tixier (Lyon). Über abdominale Totalexstirpation der Gebärmutter als vorbereitender Akt für die Abtragung von hohen Mastdarmkrebsen.

Die Zugänglichkeit wird dadurch bedeutend größer, der After kann erhalten bleiben, die Nahtlinie an der Resektionsstelle läßt sich mit dem durch die Uterusexstirpation gewonnenen Bauchfellappen decken. Scheidendrainage, eventuell ein Coecalafter sichern den Erfolg der stets in zwei Zeiten auszuführenden Operation.

Diskussion: Auch E. Reymond hat die vorherige Uterusexstirpation, welche wegen doppelseitiger Oophoritis ausgeführt ward, für die spätere Resektion von 25 cm Mastdarm wegen Krebs als eine große Erleichterung empfunden.

Goullioud (Lyon). Abdominoperineale Mastdarmamputation.

G. hat 12mal die Quénu'sche Methode ausgeführt. Ein Mann starb infolge Knickung einer Darmschlinge, bei einem anderen handelte es sich nicht um Krebs, vier rezidivierten, vier sind rezidivfrei (2—8 Jahre nach der Operation). Zwei Fälle sind noch zu kurze Zeit beobachtet. G. schlägt vor, den queren Teil des Colon pelvinum zu erhalten, um eine Reserve für eine sekundäre Autoplastik zu haben. Die Schleimabsonderung aus diesem Teil nach dem Kunstafter an der Flexur versiegt bald.

Lardennois (Reims). Ileopsoitis appendicularis.

Diese vorwiegend rechtsseitige Erkrankung ist darauf zurückzuführen, daß bei sehr dünner oder durchlöcherter Fascia iliaca eine Verbindung zwischen Ileopsoas und dem subperitonealen Zellgewebe besteht. Eiterungen, die von einem retrocöcal gelegenen Wurmfortsatz ausgehen, senken sich auf diesem Wege in die Muskelscheide. Links findet sich die Ileopsoasphlegmone vorwiegend beim Weibe nach Beckeneiterungen.

Harnwege.

Croisier (Blois). Lipom des rechten Nierenbeckens.

Die vorwiegenden Erscheinungen bei der 34jährigen Kranken waren: Blutung, Schmerzen und eine Vergrößerung der rechten Niere. Der Harnbefund ließ außerdem auf Pyelitis schließen. Das Lipom wurde exstirpiert; es ging von der vorderen Nierenseite aus und hatte die hintere in einem Tunnel vom Durchmesser eines Zweifrankstückes durchbohrt. Heilung.

Geschlechtsorgane.

Dujon (Moulins). Zwei Fälle von genitaler Mißbildung.

1) Doppelte Gebärmutter, linke normal, rechte blind endigend, bei 17jährigem Mädchen. Rechts sehr schmerzhafte Hämatometra. Abdominale Totalexstirpation. Heilung. — 2) Fehlen der Scheide und der Gebärmutter. Eileiter auf einen fibrösen Strang reduziert, rechter Eierstock normal, Dermoidcyste des linken. Abtragung der Cyste, Herstellung der Scheide; operative und funktionelle Heilung. Die Scheidenbildung nahm D. so vor, daß er den nur 1 cm langen Scheidenblindsack spaltete und einen Kanal bis in den Bauchfellsack im Zellgewebe zwischen Blase und Mastdarm bohrte, wobei ein Finger vom Bauchfell, ein zweiter von der Scheide aus wirkte. Die Bauchfellwunde wird wieder geschlossen, der Kanal durch Tamponieren, später Bougieren bis zur Epithelisierung offen gehalten.

Le Bec (Paris). Vaginale Uterusexstirpation wegen Fibrom.

Von 180 Fällen verlor L. B. zehn, und zwar zwei an Blutungen, drei an Erschöpfung, drei an Sepsis, einen an Embolie, einen an Urämie. Fibrome, deren oberer Teil die Hälfte der Entfernung zwischen Symphyse und Nabel nicht übertrifft, lassen sich auf dem weniger eingreifenden vaginalen Weg entfernen.

André Boursier (Bordeaux). Retroperitoneale Cysten.

B. berichtet über drei Fälle retroperitoneal entwickelter Ovarialcysten. Zwei linksseitige waren zwischen die Blätter des Mesocolon descendens gewachsen, eine rechtsseitige zwischen die des Mesocolon ascendens. Alle drei verursachten große Beschwerden. Die Ausschälung ist schwierig und gefährlich wegen der Blutung und der Beziehungen zum Gekröse und dem über die Geschwulst hinwegziehenden Darmteile. B. machte sie zweimal; eine Pat. starb infolge des Eingriffes. Die Eröffnung und Einnähung der Cysten in die Bauchwand führte im dritten Falle nicht zur Heilung. Die totale oder subtotale Uterusexstirpation erleichtert den Eingriff.

Jayle (Paris). Bemerkungen zu einer fortlaufenden Reihe von 445 abdominalen und 55 vaginalen Köliotomien wegen Entzündungen oder Geschwülsten der Gebärmutter und ihrer Anhänge.

Statistische Angaben. Bei allen eitrigen Erkrankungen der Adnexe entfernt J. auch die Gebärmutter.

Brodier (Paris). Diagnostische Schwierigkeiten bei Eierstockserkrankungen junger Mädchen und Vorstellung einer vor 7 Jahren operierten, dauernd geheilten Kranken.

Bei einem 17jährigen Mädchen wurden cystisch degenerierte Ovarien als Tuberkulose der Tuben und des Bauchfells diagnostiziert. Die Täuschung wurde durch das enge, noch kindliche Becken und die starke Bauchmuskelspannung veranlaßt.

Raoul Baudet (Paris). Erfolge und Anzeigen der Exstirpation der Samenleiter und -blasen bei Genitaltuberkulose.

Bericht über 58 Fälle, davon sieben eigene. Zwei starben an Infektion, zwölf behielten Fisteln, die aber spontan heilten. Als Hauptwege kommen der inguinale und perineale in Betracht. Ist die Samenblasentuberkulose so ausgedehnt, daß sie den Mastdarm verlegt oder die Miktion erschwert, bestehen tuberkulöse oder Urinfisteln und vergrößern sich die Samenblasen trotz vorhergehender Kastration, so ist ihre Exstirpation dringend, anderenfalls kann man abwarten. Bei vorgeschrittener Tuberkulose der Lungen, Nieren oder Blase wird man von der Exstirpation der Samenstränge oder -bläschen absehen. Andererseits bilden sich geringfügige Erkrankungen derselben auch spontan zurück.

Gliedmaßen.

Depage (Brüssel). Erfolge der Osteosynthese mittels Bolzen oder Schrauben.

Wie D. an Röntgenogrammen zeigt, eignet sich das Verfahren sowohl bei Brüchen platter als langer Knochen.

J. L. Championnière. Täuschungen bei der Diagnose der Knochenbrüche durch Röntgenbilder.

Klinisch ganz sichere Brüche können auf dem Röntgenbild unsichtbar sein, wie C. es wiederholt bei Wadenbeinbrüchen sah. Oft gibt das Bild auch über die Stellung und Form der Bruchstücke keine richtige Auskunft. Selbst mehrere Aufnahmen in verschiedenen Ebenen schließen die Täuschung nicht völlig aus. Auf Grund von Helligkeitsabstufungen Knochenbrüche zu diagnostizieren, hält C. für gewagt, da es sich meist um Schattenprojektionen handelt. Bei Entschädigungsansprüchen an den behandelnden Arzt darf das Röntgenogramm einer Fraktur allein nicht der gerichtlichen Entscheidung zugrunde gelegt werden.

Mencière (Reims). Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.

M. mißt der örtlichen Behandlung eine weit größere Bedeutung zu als der allgemeinen. Mit Einspritzungen von Jodoformäther und Karbol hat er vorzügliche Heilungen ohne klimatische oder Höhenbehandlung erzielt.

Girard (Genf). Über konservative Operationen bei bösartigen Geschwülsten des Schultergürtels.

Da selbst ausgedehnte Resektionen am Schultergürtel noch einen ziemlich brauchbaren Arm hinterlassen können, so hält G. sie bei bösartigen Geschwülsten dann für genügend, wenn sie einem örtlichen Rezidiv vorbeugen können. Die Exartikulation des Armes und Schultergürtels kann Metastasen in anderen Organen auch nicht verhüten. Es ist übrigens zu beachten, daß Knochenmetastasen von Hypernephromen oft die erste klinische Erscheinung dieser Geschwülste bilden, wie G. in einem eigenen Falle beobachtete.

Rémy (Paris). Über Exstirpation des Schulterblattes wegen Osteosarkom bei einem Arbeiter, der mit Trichinose behaftet war.

Es handelte sich um ein zufälliges Zusammentreffen beider Affektionen.

Toussaint (Lille). Gemischtes Osteom des Ellbogens nach Einrichtung einer Verrenkung nach hinten ohne Narkose.

T. beschuldigt die Muskelspannung als traumatische Ursache für diese Sarkome und nimmt deshalb die Reposition stets in Narkose vor. Zur Behandlung empfiehlt er die Elektrolyse, da die Operation den Zustand nur verschlimmere.

André (Péronne). Durchschneidung der ganzen linken Hand im Gebiete der Mittelhand mit Ausnahme der Weichteile der Hohlhand. Erhaltung der Hand mit voller Funktion.

Der schöne Erfolg wurde 20 Stunden nach der Verletzung in einem Zuckerkneter durch sorgfältige Wiederherstellung der anatomischen Verhältnisse erzielt. Die Arbeitsfähigkeit war nur in geringem Maße beeinträchtigt.

A. Mills (Brüssel). Ein Fall von Pollex varus.

Die bei einem 13 Monate alten Kinde beobachtete Mißbildung war durch Kontraktur des langen und kurzen Daumenbeugers, des kurzen Adductor und Opponens sowie die Verkürzung des linken Seitenbandes des Metacarpophalangealgelenkes bedingt. Das Redressement gelang erst vollständig nach Durchschneidung der gespannten Weichteile.

Kirmisson (Paris). Hüftgelenksverrenkungen infolge Osteomyelitis in der ersten Kindheit.

Der Verlauf ist nach K.'s Beobachtungen an etwa zehn Fällen ganz typisch: Ein akut auftretender, schnell ausheilender Abszeß in der Nachbarschaft des großen Trochanter hinterläßt einige Narben. Seitdem geht das Kind hinkend und watschelnd. Adduktion fehlt meist, da Kopf und Hals usuriert oder gar verschwunden sind. Die Pfanne ist gut erhalten. Das alles läßt Tuberkulose und angeborene Verrenkung ausschließen. Die Einrenkung ist unmöglich. Die Verkürzung wird durch erhöhtes Schuhwerk ausgeglichen.

Frölich (Nancy). Die verschiedenen Arten der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen.

F. unterscheidet drei Gruppen: die traumatische Luxation mit normaler Pfanne, die Luxation infolge fehlerhafter Anlage des Gelenkes, die pathologische oder erworbene Luxation infolge von Gelenksentzündungen bald nach der Geburt. Die erste Gruppe kommt bei geringer Fruchtwassermenge durch starke Adduktion, event. unter Mitwirkung eines Falles oder Stoßes gegen den Bauch der Mutter oder intra partum bei Steißlagen zustande. Die Einrenkung gelingt fast immer, die zweite Gruppe ist weit schwerer zu heilen, oft nur zu bessern. Unter 86 Fällen gehörten 23 der ersten, 51 der zweiten und 12 der dritten Gruppe an.

Diskussion: P. Redard (Paris) empfiehlt, jenseits des 12. Lebensjahres von einer blutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung abzusehen, da sie oft zu Gelenkversteifungen führt. Die Transposition des Kopfes unter den vorderen unteren Darmbeinstachel genügt, um die Schmerzen zu beseitigen und die Verkürzung und das Hinken wesentlich zu verringern.

Calot (Berck) zeigt seine guten operativen Erfolge an einigen 30 Kindern, denen eine Spur ihres früheren Leidens nicht mehr anzusehen ist.

Le Damany (Rennes). Die rationelle Behandlung der angeborenen Hüftverrenkungen.

D. legt den Hauptwert auf eine mobilisierende und korrigierende Nachbehandlung.

Judet (Paris) fixiert nach der Reposition bis zum 6. Lebensjahr in 30—40° Abduktion für 5 Monate und läßt dann noch 1—2 Monate Bettruhe einhalten, während der das Bein allmählich die gewöhnliche Stellung einnimmt. Vom 6. bis 12. Lebensjahre legt er nach der Einrenkung zuerst einen Gipsverband in 90° Flexion und Abduktion und in Außenrotation an, dann einen zweiten in 45° Abspreizung und Innenrotation. Ähnlich verfährt er bei Kindern unter 3 Jahren, bei denen das Gelenk im allgemeinen schwer reponiert zu erhalten ist.

Thiéry empfiehlt die quere oder senkrechte Durchsägung der Kniescheibe zur Untersuchung und Behandlung des Kniegelenkes.

L. Championnière hält zwei parallele Längsschnitte zu beiden Seiten der Kniescheibe für vorteilhafter und schonender.

Barbarin (Paris). Atrophische Verlängerung (Ollier) der Knochen des unteren Gliedes bei Tumor albus genu des Kindes.

Während Oberschenkel- und Schienbeinschaft sich unter dem Einfluß einer Kniegelenkstuberkulose verjüngen, werden ihre kranken Epiphysen, solange die Tuberkulose aktiv ist, höher, weil die Entzündung einen Wachstumsreiz auf den Epiphysenknorpel ausübt. Die Verlängerung geht bis zu 3—4 cm, beträgt aber für gewöhnlich nur einige Millimeter. Am häufigsten ist die untere Femurepiphyse beteiligt. Der Anreiz zum Knochenwachstum kann auch ungleichmäßig erfolgen, so daß nur der äußere oder — weit öfter — der innere Condylus höher wird, wodurch seitliche Deviationen im Kniegelenk zustande kommen. Bei wiederholter Messung und Röntgenkontrolle läßt sich die Deviation durch einen rechtzeitig angelegten Gipsverband verhindern.

Ménard (Berck). Reine Knochentuberkulose des vorderen Tarsus. Meist bei Kindern, seltener bei Erwachsenen, ist zunächst nur ein Tarsalknochen ergriffen, weshalb ein frühzeitiger operativer Eingriff fast sichere Heilung bringt. Von den letzten vier Mittelfußknochen greift die Tuberkulose leicht auf die Fußwurzel über, weil ihnen die hintere Epiphyse fehlt. Auch die Tuberkulose des hinteren Tarsus breitet sich nur sekundär auf den vorderen aus.

P. Delbet (Paris) mußte in einem Falle von Luxation des Talus nach außen und dorsal mit lateraler Umdrehung des Knochens blutig reponieren. Die äußeren Seitenbänder des Tibiotarsalgelenkes waren zerrissen, der Talus war nur noch durch Reste des Lig. talo-naviculare medium in Verbindung mit dem Fuße. Das Repositionshindernis bildete das interponierte Lig. fundiforme.

Demonstration von Instrumenten.

Dupuy (Paris) zeigt Formalinsterilisationsapparate für Katheter und für Instrumente, einen Gehapparat für Unterschenkelbrüche, der in zwei federnde Wülste ausläuft und einen Apparat zur Behandlung von Schlüsselbeinbrüchen.

Le Damany (Rennes) zeigt eine zerlegbare Beckenstütze und einen Apparat, um Hüftgelenksverrenkungen allein durch den Gang in korrekter Stellung zu reponieren.

Mencière (Reims) legt einen Agraffenträger aus Aluminium, ein Instrument zur subkutanen Modellierung der Knochen, eine Quetschpinzette und eine schneidende Pinzette und endlich einen Modellierspatel vor.

Péraire (Paris) demonstriert eine dreh- und neigbare Krankenhebevorrichtung, die sich an Metallbetten anbringen läßt und aus parallelen Eisenbändern besteht, die an zwei Rohren verschieblich befestigt sind. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

16) **A. Hagentorn.** Über Bauchschüsse im Frieden und ihre Behandlung.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XCII. p. 1.)

H. hatte im städtischen Krankenhause zu Kowno infolge der unruhigen Verhältnisse in Rußland in nur einem Jahre (1906) 78 Schußverletzungen, darunter zehn Bauchschüsse (12,8%) zu behandeln. Acht Pat. wurden operativ behandelt, davon starben fünf, wobei aber eine Verletzung, Schußverletzung der Vena cava inf., von vornherein aussichtslos war. Von den zwei exspektativ behandelten Fällen ist einer genesen. Die operierten geheilten Fälle betrafen das erstemal einen Leberschuß, bei welchem das mit der Sonde fühlbare Geschoß aus der Leber extrahiert wurde. Aus der mit Gaze drainierten Wunde entleerte sich etwa eine Woche lang reichlich Galle, übrigens war der Verlauf glatt. Besonders interessant ist Fall 2, eine gleichzeitige Durchschießung von Dünndarm und Harnblase betreffend, wobei das Geschoß den Körper völlig durchsetzt hatte. Es waren im Darme wie in der Blase je zwei Schußlöcher zu nähen (5 Stunden nach der Verletzung), aus der Bauchhöhle Harn und einige feste Kotpartikel zu entfernen. Während der Heilung vorübergehende Harnentleerung aus der Wunde, ferner

Cystitis und Epididymitis infolge von Verweilkatheter, sonst guter Verlauf. Diese Doppelverletzung ist recht selten, und hat H.'s Fall nur zwei Seitenstücke, je einen Fall von Finkelstein und Perthes. Der dritte geheilte Operationsfall interessiert dadurch, daß bei der Operation nur eine blauschwarze Kontusionsstelle am Dünndarm gefunden wurde, daß aber während der Heilung 4 Tage sich aus der Wunde Kot entleerte. Die Bauchnaht vereiterte infolgedessen, sonst war der Erfolg gut. Betreffs Details der übrigen Fälle siehe Original.

Dem eigenen Materiale läßt Verf. die von ihm aus der (meist deutschen) Journalliteratur der letzten Zeit gesammelte Kasuistik der Bauchschüsse in Friedenszeit folgen, zusammen mit den eigenen ein Material von 97 Beobachtungen ergebend, um es nach verschiedenen Richtungen einer epikritischen Allgemeinbesprechung zu unterziehen. Bekanntlich haben die Erfahrungen der letzten Kriege in überraschender Weise die häufige spontane Heilbarkeit der Bauchschüsse ergeben und haben die Kriegschirurgen, allerdings wohl durch die Notlage der äußeren Umstände, gezwungen, die Indikation zu Operationseingriffen aufs äußerste eingeschränkt. Für die Friedenspraxis ist eine so weitgehende Zurückhaltung nicht angemessen, trotzdem ist aber die Frage nach der Überlegenheit der operativen oder exspektativen Behandlung auch hier nicht einfach lösbar. Zunächst ist zumeist schwer entscheidbar, ob ein Bauchschuß penetriert und, wenn er penetriert, ob er ein Organ verletzt hat oder nicht. Dem entspricht, daß die Angaben der Autoren über die Häufigkeit der nicht penetrierenden Bauchschüsse zwischen Null und nahezu 50% schwankten. Die Mortalität von 89 operierten Fällen betrug 44, diejenige von 12 exspektativ behandelten Fällen nur fünf — ein Ergebnis, womit nicht viel anzufangen ist. Wichtiger erscheint schon, daß, wie H. fand, die Resultate bei Operationen binnen 5 Stunden nach der Verletzung 56,6% Heilungen ergaben, diejenigen bei späteren Operationen nur 33,3—36,3%. H. folgert hieraus, daß, sollen überhaupt Laparotominen gemacht werden, diese tunlichst rasch als Frühoperationen vorzunehmen sind. Er rät ferner, tunlichst allgemein Probeinzisionen vorzunehmen zwecks Feststellung, ob der Schuß penetriert und ein Organ verletzt hat. Diese Probeschnitte sollen unter Lokalanästhesie ausgeführt werden und sollen die Richtung, die das Geschoß mutmaßlich nahm, berücksichtigen, also: bei geradem Schußverlauf Inzision im Schußloch, bei schrägem Einschnitt daneben. Vernotwendigt sich weiter Wundversorgung an inneren Organen, so verfahre man möglichst schonend. Tunlichst soll man auch hier versuchen, ohne Allgemeinnarkose auszukommen; denn H. sah bei Alkoholikern, die schlecht zu narkotisieren sind, infolge ihrer starken Exzitation mit heftigen Abwehranstrengungen recht übeln Einfluß der Narkose.

Hinzuzufügen ist noch, daß H. in seinen Fällen eine besonders bedenkliche Infektiosität von Dünndarminhalt im Vergleich zu Dickdarminhalt nicht konstatieren konnte.

Zur Stillung der Blutung aus den parenchymatösen Organen empfiehlt er in erster Linie die Naht als Normalverfahren. Für Milzblutung mag die Splenektomie das beste sein. Doch gelang bei einem Milzstich die Blutstillung mittels Naht. Mit Milztamponade dagegen hatte Verf. einmal einen völligen Mißerfolg.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

17) **Hartleib.** Stichverletzung des Bauches — Laparotomie nach 73 Stunden — Heilung. (Aus der chirurg. Abteilung des Marienhospitals Bonn-Venusberg. Prof. Greff.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 8.)

Der 7jährige Knabe kam 53 Stunden nach der Verletzung in das Krankenhaus bei gutem subjektiven Befinden; erst ca. 20 Stunden später trat Erbrechen und Meteorismus auf, so daß nunmehr der Bauchschnitt notwendig wurde. Die verletzte Darmschlinge wurde sofort gefunden; sie war verklebt mit der parietalen Serosa und zeigte zwei schmutziggrau belegte Schnittwunden. Bei dem Hervorziehen der Schlinge löste sich die Serosa von der Muscularis ab; Naht derselben und der beiden Löcher mit nachfolgender Enteroanastomose in Rücksicht auf die

entstandene Darmverengerung. Das Erbrechen bestand noch 2 Tage lang; dann ungestörte Heilung. **Kramer** (Glogau).

18) **Autenrieth** (Calw). Ausgedehnte Mesenterialabreißung bei Bauchkontusionen.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 10.)

Das $4^1/_2$jährige Kind war von einem Wagen überfahren worden, der ihm über den Leib ging; es bestanden die Zeichen innerer Blutung, so daß $2^1/_2$ Stunden nach dem Unfalle der Bauchschnitt gemacht wurde. Die Flexura sigmoidea zeigte eine welschnußgroße, nicht ganz penetrierende Ruptur, die sofort übernäht wurde; ferner fand sich der Darm, ca. $^1/_2$ m vom Blinddarm entfernt, auf eine Strecke von 35 cm von seinem Gekröse abgerissen, der Riß gegen die Wurzel des Mesenterium 12 cm weit fortgesetzt und Äste der Art. mesent. sup. durchtrennend. Resektion von 115 cm Dünndarm, Darmnaht. Glatte Heilung.

Kramer (Glogau).

19) **O. Rothschild** (Frankfurt). Über die lebensrettende Wirkung der Adrenalin-Kochsalzinfusionen in einem Falle peritonealer Sepsis.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

Nach dem Vorgange von L. Heidenhain hat R. in einem Fall von schwerstem Kollaps 12 Stunden nach der Operation wegen Appendicitisperforation und peritonealer Sepsis nach erfolgloser Anwendung von Kampfer und Kochsalzinfusionen eine Adrenalin- (8 Tropfen einer 1%igen Adrenalinlösung zu 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung) Kochsalzinfusion intravenös mit glänzender Wirkung vorgenommen; sie wurde am nächsten Tage noch einmal intramuskulär wiederholt und führte rasch zu Euphorie. **Kramer** (Glogau).

20) **Widmer** (Zofingen). Halbseitentemperaturen bei Appendicitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 12.)

In einem Falle von destruktiver Appendicitis mit Peritonitis ließen sich 8 Tage lang Erhöhungen der rechtsseitigen Achselhöhlentemperatur um 0,3—1,5° im Vergleich zur linksseitigen feststellen; diese einseitigen Erhöhungen waren nach dem ersten Fieberanfall, als die Pat. an einer Thrombophlebytis des rechten Beines erneut mit Fieber schwer erkrankte, nicht mehr vorhanden, so daß W. die Temperaturdifferenzen während der appendicitischen Erkrankung auf die direkte Beteiligung der Haut bzw. ihres angioneurotischen Apparates rechterseits am Entzündungsprozeß zurückführen möchte. **Kramer** (Glogau).

21) **B. P. Kester.** Zur Frage von der Pseudoappendicitis.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 10 u. 11.)

Pat., 22 Jahre alt, hatte im April 1905 den ersten Appendicitisanfall, den zweiten 1 Jahr später. Sie lag $1^1/_2$ Monate in der Klinik, wurde intern behandelt; hier entstand scheinbar eine Perforation: Starke Schmerzen, Erbrechen, Aufstoßen, Puls 120—140, Bauch leicht aufgetrieben; doch trat nach Klysma reichlicher Stuhlgang und Besserung ein. Bis Oktober 1906 noch sechs Anfälle; starke Abmagerung (14 kg Gewichtsabnahme). 3. Oktober Exzision des vollständig normalen Wurmfortsatzes. Der Zustand wurde nach der Operation rasch schlimmer, und im Januar 1907 mußte Pat. in die psychiatrische Klinik übergeführt werden, wo hysterische Psychose erkannt wurde. **E. Gückel** (Wel. Bubny, Poltawa).

22) **J. W. Dowden.** A hundred consecutive operations for appendicitis; some deductions thereform.

(Scottish med. and surg. journ. 1908. Februar.)

Statistische Arbeit über 100 Operationen wegen akuter Appendicitis. Als begünstigende Entstehungsbedingung sieht Verf. kariöse Zähne, Verwachsungen und Knickungen am Wurm selbst an. Sehr oft findet sich neben der ileo-coecalen

Druckempfindlichkeit eine solche auf der linken Seite etwas unterhalb der Nabellinie. Meist verschwindet sie bei der Prüfung, wenn man den ileo-coecalen Druckpunkt tastet; bleibt sie trotzdem bestehen, so hat man Grund anzunehmen, daß der Wurm zur linken Seite hinüberreicht oder eine fortschreitende Peritonitis vorliegt. Dieses neue Symptom kann unter Umständen von Wert sein. In einer Reihe von Fällen wurde eine akute Appendicitis vorgetäuscht durch Perforation eines Duodenalgeschwürs, Stieldrehung einer Eierstocksgeschwulst, eitrige Koxitis u. dgl.

Bei dem gegenwärtigen Standpunkt unserer Diagnosenkunst ist die einzige logische Behandlungsart die Entfernung des Wurms zur frühesten Zeit.

Die 100 akuten Fälle hatten eine Sterblichkeit von 16%.

Weber (Dresden).

23) **G. F. Whyte.** Notes on a case of perforative appendicitis in an inguinal hernia.

(Scottish med. and surg. journ. 1908. April.)

Ein 29jähriger Mann mit angeborenem Leistenbruch erkrankt unter Erscheinungen einer Einklemmung. Die Operation deckt als einzigen Inhalt des Bruches einen brandigen, perforierten Wurmfortsatz, umgeben von einem Abszeß, auf. Ausgang in Heilung. Die kurze Mitteilung enthält eine Zusammenstellung der englischen Literatur über Beziehungen zwischen Hernie und Wurm.

Weber (Dresden).

24) **Krumm.** Über die Brucheinklemmung des Wurmfortsatzes.

(Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden 1908. Nr. 1.)

An eine allgemeine Besprechung über das Vorkommen des Wurmfortsatzes in Brüchen, an Appendicitis im Bruchsacke, fügt K. die Geschichte eines Falles von eingeklemmter Darmschlinge, über welche der Wurmfortsatz hinüberzog, an ihrer Spitze mit dem Bruchsackhals verwachsen, in der Mitte gangränös. Die Schlinge erholte sich und konnte reponiert werden. Die primären Brucheinklemmungen des Wurmfortsatzes teilt K., wie Roser, in solche des Wurmfortsatzendes und der Wurmfortsatzschlinge. Für beide Fälle demonstriert er typische operativ gewonnene Präparate. Prädisponierend für das Zustandekommen ist ein sehr langes Mesenteriolum und ein langer Wurm. Die klinischen Symptome sind die eines eingeklemmten Bruches ohne Darmpassagestörungen.

Deetz (Homburg v. d. H.).

25) **G. L. Chiene.** Notes on a case of perforation of the appendix in the right inguinal canal of a patient aged seventy-five.

(Scottish med. and surg. journ. 1908. April.)

Das Interesse des Falles liegt erstens im Alter des Pat. und zweitens darin, daß der Wurm 50 Jahre lang ohne irgend eine Störung im Bruchsack gelegen hatte, bis er ohne ersichtliche Veranlassung Entzündung und Perforation darbot. Heilung durch Operation.

Weber (Dresden).

26) **G. Halley.** Two cases of inguinal hernia.

(Scottish med. and surg. journ. 1908. März.)

Der zweite von den Fällen bietet Interesse: Bei einem 50jährigen Manne, der fast sein ganzes Leben lang ein Bruchband getragen hatte, wird durch Radikaloperation seines Leistenbruches ein strangförmiges Gebilde, ähnlich einem verödeten Bruchsack, mit entfernt. Erst die Entstehung einer Kotfistel 8 Tage später und die mikroskopische Untersuchung deckten den Zusammenhang auf: das Gebilde war der Wurmfortsatz gewesen. Ausgang in Heilung. Reine Wurmfortsatzbrüche ohne Einklemmung oder Entzündung sind selten.

Weber (Dresden).

27) **G. Katzenelenbogen.** Über die Radikaloperation des Leistenbruches der Kinder. Eine Modifikation der Bassini'schen Methode.

(Wratschebnaja Gazeta 1908. Nr. 6. [Russisch.])

In einem Falle von angeborenem Bruch, wo K. den Sack nicht nach Kocher verlagern konnte — er ließ sich nicht leicht von den Leistenkanalwänden ablösen —, zog er mit dem Sack auch den Hoden durch die nach Kocher angelegte Öffnung in der Bauchwand, fixierte hier den Bruchsackhals (nach Lucas-Championnière), legte nun die Kanalnaht nach Kocher an, breitete den Samenstrang über den Obliquus ext. aus, reponierte den Hoden in den Hodensack und vernähte die Haut über dem Samenstrange. Hier wurde also die Verlagerung nach Kocher ausgeführt, der Samenstrang nach Bassini versorgt und dabei die vordere Wand des Leistenkanales unversehrt gelassen.

Verf. empfiehlt diese Methode für Leistenbrüche der Kinder.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

28) **Waiss.** Dermoids of the inguinal canal.

(Surgery, gynecology-obstetrics Bd. VI, 4.)

Die Geschwulst wurde bei einem 37jährigen Mann entfernt, der sie seit 14 Jahren bemerkt hatte. Sie wuchs sehr langsam, lag im Leistenkanal, war oval geformt und verlief mit ihrer Längsachse parallel zur Achse des Seitenkanals. Bei Anziehen des Samenstranges bewegte sie sich etwas; man hatte bei Druck das Gefühl, als ginge Flüssigkeit allmählich aus einem Sack in einen anderen. Bei der Operation fand man, daß die Dermoidcyste mit dem Schambein durch fibröse Stränge ziemlich fest verwachsen war. Sie enthielt Talg und Haare, eine Hernie fand sich nicht.

Trapp (Bückeburg).

29) **Durlacher** (Ettlingen). Über die Lebensfähigkeit Neugeborener bei sehr großen inoperablen Nabelschnurbrüchen.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 11.)

In dem mitgeteilten Falle von sehr großem Nabelschnurbruch oder Bauchspalt trat allmählich unter feuchtwarmen Umschlägen eine Überhäutung der nur von Amnion bedeckten Mißbildung, sowie eine beträchtliche Verkleinerung des Bauchwanddefektes ein; das Kind blieb am Leben und zeigte im Alter von ca. $2^1/_2$ Jahren — außer einer wohl auf Zugwirkung der Eingeweide beruhenden Lordose der Lendenwirbelsäule — zwar keine eigentliche Heilung, aber eine wesentliche Verengerung der Bruchpforte, deren operativer Verschluß nunmehr leichter als in den ersten Tagen nach der Geburt ausgeführt werden kann.

Kramer (Glogau).

30) **Mezger.** Hernia epigastrica kompliziert mit Ulcus ventriculi.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1908. Bd. V. Hft. 2.)

M. berichtet zunächst über einen Fall von »Magenschmerzen« mit Hyperazidität und sehr druckempfindlichem Punkt in der Mittellinie über dem Nabel; bei der unter Annahme einer Hernia epigastrica vorgenommenen Operation wurde keine Hernie gefunden; trotzdem wurde Pat. völlig schmerzfrei, so daß anzunehmen ist, es habe sich doch um einen kleinen Fascienschlitz gehandelt, der durch die bei der Operation vorgenommene Vernähung der eingeschnittenen Fascie beseitigt wurde. In zwei weiteren, einander sehr ähnlichen Fällen schwanden mehrjährige heftige Schmerzen in der Magengegend nach der Operation einer bestehenden Hernie der Linea alba zunächst vollständig; dann aber nach Monaten erneutes Auftreten — in einem Falle nach Trauma, im anderen ohne Grund, und im weiteren Verlaufe Blutbrechen, durch das sich ein bestehendes Magengeschwür kund tat. Möglicherweise war das Geschwür schon zur Zeit der Operation vorhanden und kam dann durch die Liegekur nach der Operation und die Laparotomiediät zur vorläufigen Ausheilung. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Leiden ist nicht festzustellen. Die Geschwürsdiagnose in derartigen Fällen ist schwierig, da es kaum

zu entscheiden ist, auf welche der beiden Erkrankungen die vorhandenen Symptome zurückzuführen sind. **Mohr** (Bielefeld).

31) **Geissler** (Neu-Ruppin). Zur Behandlung des Kardiospasmus.

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 13.)

Um eine Dauerdehnung der krampfig kontrahierten Cardia zu ermöglichen, empfiehlt G. eine Modifikation des Strauss'sches Instruments, durch die dem Ballon eine zylindrische an Stelle der Spindelform gegeben ist. Der Ballon besteht aus drei Hülsen, die zylinderförmig an einem Schlundrohr luftdicht befestigt sind, und wird vom oberen Ende der Sonde direkt durch den Sondenkanal aufgebläht, der mit dem Ballon durch mehrere die Wand durchbohrende kleine Öffnungen in Kommunikation steht. Die Aufblähung kann durch Luft oder Wasser erfolgen, die Dehnung allmählich bis auf 12 cm gesteigert werden. — Auch für die Weitung von Mastdarmstrikturen usw. kann ein ähnlich konstruiertes Instrument benutzt werden. **Kramer** (Glogau).

32) **K. G. Lennander.** Temporäre Gastrostomie bei Magen- und Duodenalgeschwüren, besonders bei perforierten Geschwüren mit gleichzeitiger Retention.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 297.)

L. bringt neue Beiträge für die Zweckmäßigkeit der früher schon von ihm empfohlenen Anlegung von Fisteln an Magen und Därmen. So wurde bei einem Pat. mit Magengeschwürsperforation, der 60 Stunden nach der Perforation bei vorhandener Peritonitis und linksseitigem subphrenischen Abszeß operiert war, gleichzeitig eine temporäre Gastrostomie und Typhlostomie gemacht, die Bauchhöhle mit »Kofferdam« drainiert. Die Magenfistel soll in solchen Fällen die sofortige Ausführung einer Gastroenteranastomose ersetzen und tut gleiche Dienste wie diese, indem sie Retention im Magen beseitigt. Durch Trinkenlassen alkalischer Wässer, die sich dann zum Teil aus der Fistel entleeren, kann man den Magen auf bequeme Manier spülen und seine Hyperazidität bekämpfen. Die Blinddarmfistel dient nicht nur zur Darmentlastung, sondern wird auch regelmäßig zur Einverleibung von Nahrungsmitteln (Zuckerlösung, Wein, Milch, Mehlbrei) benutzt, nach deren Injektion die Fistel gegen $^3/_4$ Stunden lang abgeschlossen wird. Die Kranke genas, kam aber etwa einen Monat nach ihrer Entlassung mit Magenretentionserscheinungen zu erneuter Aufnahme, um nun durch eine Gastroenterostomie völlig geheilt zu werden. Auch ein zweiter Fall von Magengeschwürsperforation, wo die Durchbruchsstelle nicht ganz sicher durch Naht zu schließen war, wurde mit Gastrostomie behandelt. Das in die Fistel gelegte Rohr glitt am 6. Tage heraus, der weitere Verlauf war glatt. Außer für solche Fälle empfiehlt sich die Gastrostomie auch dort, wo man neben dem perforierten Geschwüre noch ein zweites oder drittes Geschwür zu mutmaßen Grund hat. Weiter dehnt L. die Indikation zu Fistelanlage auch auf einfache Geschwürsfälle aus, in denen der Pat. aber zu einer Gastroenterostomie zu schwach erscheint. Hier soll man dem Magen durch eine Jejunostomie Ruhe verschaffen; lagen auch Stenoseerscheinungen vor, so wurde außerdem auch die Gastrostomie gemacht. Unter derartigen Umständen hat L. bei Geschwür 3mal eine Jejunostomie gemacht; zwei Pat. genasen, der dritte starb an arterieller Geschwürsblutung.

Für Anlage der Fistelbildungen gibt L. genaue technische Vorschriften, die eine Vereinigung der Verfahren von Senn und Witzel darstellen. Die derart gemachten Fisteln schließen sicher ab und veröden sofort, nachdem die eingelegten Rohre entfernt worden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) **A. Stieda.** Über eine seltene Komplikation nach Magenoperationen. (Aus der chirurg. Universtitätsklinik zu Königsberg. Prof. Lexer.)

(Münchener med. Wochenschrift 1908. Nr. 13.)

Nach einer ausgedehnten Magenresektion mittels der II. Billroth'schen Methode trat in ganz kurzen Pausen sich wiederholendes Erbrechen geringer

Mengen einer leicht blutig verfärbten Flüssigkeit auf, beim Einführen des Magenschlauches war kein Inhalt nachweisbar. Das Erbrechen steigerte sich in gefahrdrohender Weise. Bei einer nochmaligen Operation (Jejunostomie) erwies sich der Magen als völlig leer, und wurde eine Erklärung für das Erbrechen nicht gefunden; es bestand keine Spur von Peritonitis, wie auch die Obduktion des 1 Tag später gestorbenen Pat. bestätigte. S. nimmt als Ursache des Erbrechens eine durch die Operation (mechanische Insulte, Narkose) außerordentlich gesteigerte Reflexerregbarkeit im regionären Gebiet an. **Kramer** (Glogau).

34) **H. Delagénière.** Contribution à l'étude de l'ablation totale et subtotale de l'estomac.

(Arch. prov. de chir. 1908. Nr. 3.)

D. hat zehn totale bzw. subtotale Magenresektionen ausgeführt. Vier Pat. sind dem Eingriff erlegen, sechs haben ihn gut überstanden. D. gibt eine genaue Schilderung der Indikation und Technik. Wenn irgend angängig, erhält er einen kleinen Teil der der Speiseröhre angrenzenden großen Kurvatur, da dies die Einpflanzung ins Jejunum sehr erleichtert. Er wendet bei diesen ausgedehnten Eingriffen stets die II. Billroth'sche Methode an. Die Stelle, wo bei der Vereinigung am häufigsten Nahtinsuffizienz eintritt, ist die rechte Seite der Speiseröhre; deshalb sucht er auch hier einen, wenn auch nur kleinen Saum vom Magen zu erhalten Geht das Karzinom bis dicht an die Speiseröhre heran, so daß dieser Saum nicht zu erhalten ist, so hält er es für besser, von der Resektion abzusehen.

Müller (Dresden).

35) **Dorrance.** I. A diverticulum of the duodenum. II. Meckel's diverticulum, with a secondary diverticulum and a complete mesentery.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1908. April.)

I. Divertikel des Duodenums $3^1/_2$ cm unterhalb der Vater'schen Papille, von ca. 3 cm Länge. Die Wand bestand aus einer dünnen Muskelschicht und Schleimhaut. (Abbildungen.)

II. Fall von Meckel'schem Divertikel, das in 11 cm Länge vom Darmursprung aus durchgängig war und in ganzer Länge ein eigenes Mesenterium besaß; am Übergang dieses Teiles zu der am Nabel sich ansetzenden bindegewebigen strangartigen Fortsetzung des Divertikels saß nochmals eine Ausstülpung, ein sekundäres Divertikel ohne Mesenterium. Das Divertikelmesenterium bildete einen Strang, der über das Ileum verlief und bei Anfüllung des Divertikels den Darm komprimierte. (Abbildung.) **Mohr** (Bielefeld).

36) **N. Damianos.** Die Darmresektion bei brandiger Darmeinstülpung beim Kinde.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 372.)

D., der schon früher einen im Kronprinz-Rudolf-Kinderhospitale in Wien beobachteten Fall von Darminvagination veröffentlichte (s. u. Bl. 1905, p. 478), beschreibt jetzt eine bei einem 9jährigen Mädchen mit Glück ausgeführte Resektion. Es handelte sich um eine aufsteigende Invagination des unteren Ileum, 13 cm lang, und wurde an dessen Resektion zunächst nur die Einnähung beider Darmenden in die Bauchwunde angeschlossen. Nach 14 Tagen 2. Operation, bestehend in Anfrischung der Darmstümpfe nebst axialer Darmnaht. Glatte Genesung. In einem anderen Fall wurde die brandige Invagination leider erst auf dem Sektionstische gefunden, da die Diagnose mangels der typischen Erscheinungen im Leben nicht möglich gewesen war. Zum Schluß gibt D., welcher auf Grund seiner Beobachtung die zweizeitige Darmresektion bei brandiger Invagination der Kinder warm empfiehlt, eine tabellarische Zusammenstellung der bislang veröffentlichten Operationen bei der Erkrankung (im ganzen neun Heilungen gegenüber 34 Todesfällen bei verschiedener Art des Operationseingriffes).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) F. M. Pikin. Ein Fall von Embolie der Arteria mesenterica superior.

(Russki Wratsch 1908. Nr. 6.)

Pat., 50 Jahre alt, Alkoholiker, erkrankte am 12. März an rechtsseitiger fibrinöser Pneumonie. 21. März kritischer Temperaturabfall. Am 22. plötzlich Schmerzen im Unterleib, Erbrechen, Stuhldrang; der Zustand verschlimmerte sich rasch, und am 24. kam Pat. mit kaum fühlbarem Puls ins Krankenhaus. Leib aufgetrieben, schmerzhaft. Beide Unterextremitäten mit bis linsengroßen Petechien besät. Laparotomie. Dünndarmschlingen dunkel, beinahe gangränös, stellenweise mit fibrinöseitrigem Belage. Punktion des Darmes mit nachfolgender Naht, Tamponade der Bauchhöhle. Tod nach 5 Stunden. Sektion: Arteriosklerose; am Mesenterium zahlreiche Blutextravasate. In der Aorta bis zur unteren Teilungsstelle ein Thrombus, 3 cm lang; die obere Gekrösarterie thrombosiert.

Die Petechien an den Unterextremitäten sind eine Folge der Thrombose: die Hautgefäße sind dadurch in ihrer Ernährung gestört. Die Kombination von Ileus und Petechien an den Beinen ist wichtig für die Diagnose des Leidens.

E. Gückel (Wel. Bubny, Poltawa).

38) T. Haagn. Mitteilung über einen durch Operation geheilten Fall von Thrombose im Gebiete der Vena mesenterica superior.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XCII. p. 79.)

H.'s im Krankenhause zu Mährisch-Rothwasser operierter Fall betrifft eine 37jährige Frau, die vor $1^1/_4$ Jahren Wochenbettfieber mit »linksseitiger Beckenbindegewebsentzündung« durchgemacht hatte und damals $^1/_2$ Jahr lang krank gewesen war. Jetzt war sie ganz akut ohne jede Ursache mit Leibschmerzen, Erbrechen, Stuhlverhaltung erkrankt. Im Spital folgte auf Einlauf Entleerung von fast 1 l reinen Blutes, die Allgemeinerscheinungen besserten sich zunächst, doch wurde unter zunehmendem Meteorismus links vom Nabel eine wurstförmige Geschwulst fühlbar, weshalb am 3. Tage unter der Diagnose Invagination zur Laparotomie geschritten wurde. Man findet eine 20—30 cm lange, blaurot infarzierte, starr verdickte Jejunumschlinge, deren Mesenterium in Dreiecksform zahlreiche Thrombosen bis an die Gekröswurzel zeigt, ferner einen festen Strang, der vom aufsteigenden Kolon zum Mesenterium des infarzierten Darmes zieht. Durchtrennung dieses Stranges, Resektion des Darmes in 40 cm Länge mittels Murphy-Anastomosenbildung Seit-zu-Seit, Exzision des thrombosierten Mesenterialkeiles. Bauchnaht mit Drainage. Im Heilungsverlauf kam es zu einer kleinen Kotfistel, sowie zu Ileuserscheinungen, weshalb am 21. Tage relaparotomiert wurde. Es wurden einige Darmknickung verursachende Verwachsungen gelöst, auch eine Enterostomie gemacht, worauf der Verlauf sich besserte. Doch war noch hartnäckige Verstopfung zu beseitigen, bevor es zu definitiver Heilung kam.

Die Ursache der Erkrankung in diesem Falle ist ziemlich dunkel, doch neigt H. dazu, sie in der vor $1^1/_4$ Jahren durchgemachten Beckenbindegewebsentzündung zu suchen. In der der Krankengeschichtsmitteilung angeschlossenen Allgemeinbesprechung referiert H. über die einschlägige Literatur, die zum Schluß in einem 17 Nummern zählenden Verzeichnis zusammengestellt ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

39) Burckhardt. Kombination von Aktinomykose und Adenokarzinom des Dickdarmes.

(Zentralblatt für Bakteriologie Bd. XLVI.)

Geschwulst der Flexura linealis von Nierengröße und -Form, in der Hauptsache im Mesenterium und der Serosa sitzend, erweist sich als aktinomykotisch. Gleichzeitig besteht in der Schleimhaut ein Adenokarzinom, oberflächlich, im Beginn, zum Teil schon in die Muscularis eingedrungen. An keiner Stelle ein Zusammenhang beider Geschwülste. **Deetz** (Homburg v. d. H.).

40) **Goullioud.** De l'amputation abdomino périnéale du rectum. Résultats éloignés et modification opératoire.

(Arch. prov. de chir. 1907. Nr. 12.)

G. hat 12mal die Exstirpation des Mastdarms auf dem kombinierten abdomino-perinealen Wege ausgeführt, 1mal beim Manne mit tödlichem Ausgang und 11mal bei Frauen, die sämtlich die Operation gut überstanden. Für die Beurteilung des Dauererfolges kommen 8 Fälle in Betracht; von diesen sind 4 einem Rezidiv innerhalb 16 Monaten bis $3^1/_4$ Jahren erlegen, 4 leben und sind gesund, 2, $3^1/_2$, $4^1/_2$ und 8 Jahre. Bezüglich der angewandten Technik sei erwähnt, daß G. stets die Flexur durchtrennt und einen Anus iliacus angelegt hat. Die Hypogastrica hat er, wenn es ohne Schwierigkeiten ging, unterbunden; stellten sich solche aber z. B. bei fetten Frauen ein, so unterließ er diesen Eingriff. Über den vom Perineum aus zu entfernenden losgelösten Darmstumpf hat er das Peritoneum bei seinen letzten Operationen wenigstens so weit wie möglich durch die Naht geschlossen. Die von G. in zwei Fällen angewandte Modifikation besteht darin, daß er, wenn das Karzinom es gestattet, die Durchtrennung des Darmes nicht im Bereiche der Flexur, sondern tiefer in der Höhe der Articulatio sacro-iliaca dextra ausführt, beide Darmenden durch die Naht schließt und einen typischen Kunstafter im Bereiche der Flexur anlegt. **Müller** (Dresden).

41) **Lapointe et Raymond.** Le cancer du canal hépatique et du confluent hépato-cholédocho-cystique.

(Arch. génér. de chirurgie Bd. II. Hft. 3 u. 4.)

Die Beobachtung eines Falles von karzinomatöser Entartung des Ductus hepaticus bietet Verff. Gelegenheit, unsere Kenntnisse über diese seltene Lokalisation des Karzinoms eingehend darzulegen. In der Literatur sind bisher insgesamt nur 69 Fälle beschrieben, von denen lediglich 19 einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden.

Bezüglich der Ätiologie erscheint das häufigere Befallensein des männlichen Geschlechts beachtenswert. Pathologisch-anatomisch handelt es sich entweder um krebsige Infiltration oder um Blumenkohlkrebse; mikroskopisch sind stets Zylinderepithelkrebse nachweisbar. Die Gallenblase ist beim Hepaticuskarzinom infolge funktioneller Atrophie geschrumpft; beim Karzinom der Vereinigungsstelle von Hepaticus, Cysticus und Choledochus findet sich dagegen in der Regel eine gedehnte, ektatische Gallenblase. Die Symptome der Erkrankung sind im wesentlichen die der chronischen Gallenstauung; es besteht jedoch bei kritischer Würdigung aller Tatsachen die Möglichkeit, eine genauere, lokalisierende Diagnose zu stellen.

Von besonderem Interesse erscheint die Zusammenstellung der bisher versuchten operativen Maßnahmen. Unter den 19 Fällen handelte es sich viermal um bloße Probelaparotomien. In vier weiteren Fällen von Hepaticuskarzinom wurden drei Cholecystostomien und eine Cholecystenteroanastomose ausgeführt, die selbstverständlich nicht einmal palliativ wirkten, da hier einzig und allein die Hepatocholangiostomie oder die Hepatocholangioenterostomie in Betracht kommen könnten. Diese Operationen stellen hinwiederum einen viel zu gewaltigen Eingriff dar, so daß Verff. zu dem schon von Kehr betonten Schlusse kommen, daß beim Karzinom des Hepaticus die Morphiumspritze das einzig brauchbare Instrument ist.

Weniger pessimistisch ist die Auffassung der Autoren über eine palliative oder auch radikale Therapie des Karzinoms der Vereinigungsstelle der drei Gallenwege, das bisher in zwei Fällen von Mayo und Kehr radikal entfernt werden konnte. Hepaticoduodenostomie oder Hepaticogastrostomie oder Hepaticocholecystostomie, mit nachfolgender Cholecystoduodenostomie geben Aussicht auf Heilung und sollten daher in günstig gelagerten Fällen versucht werden.

Ausführliche Literaturangaben ergänzen die Arbeit. **Strauss** (Nürnberg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.